



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

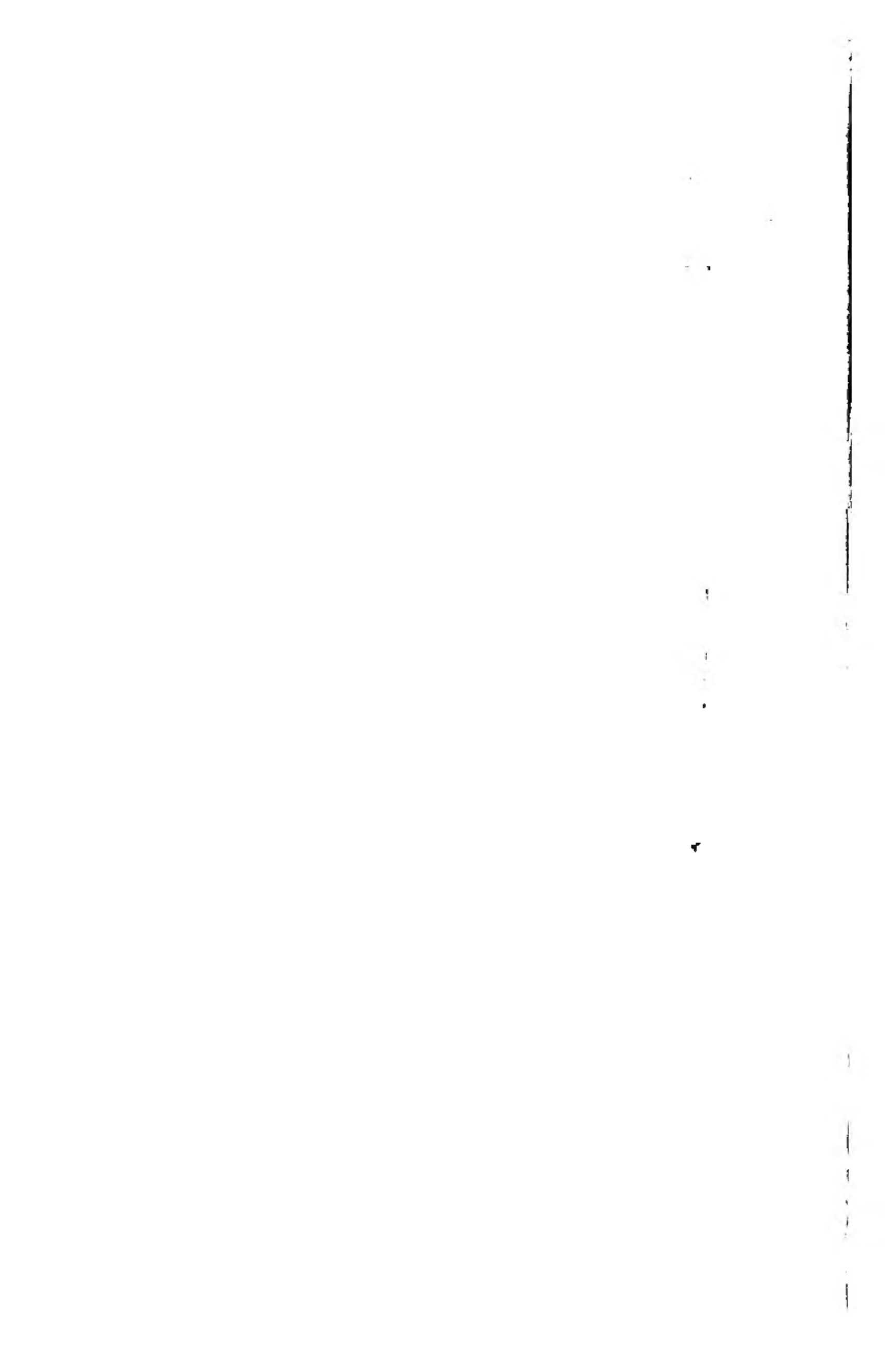
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

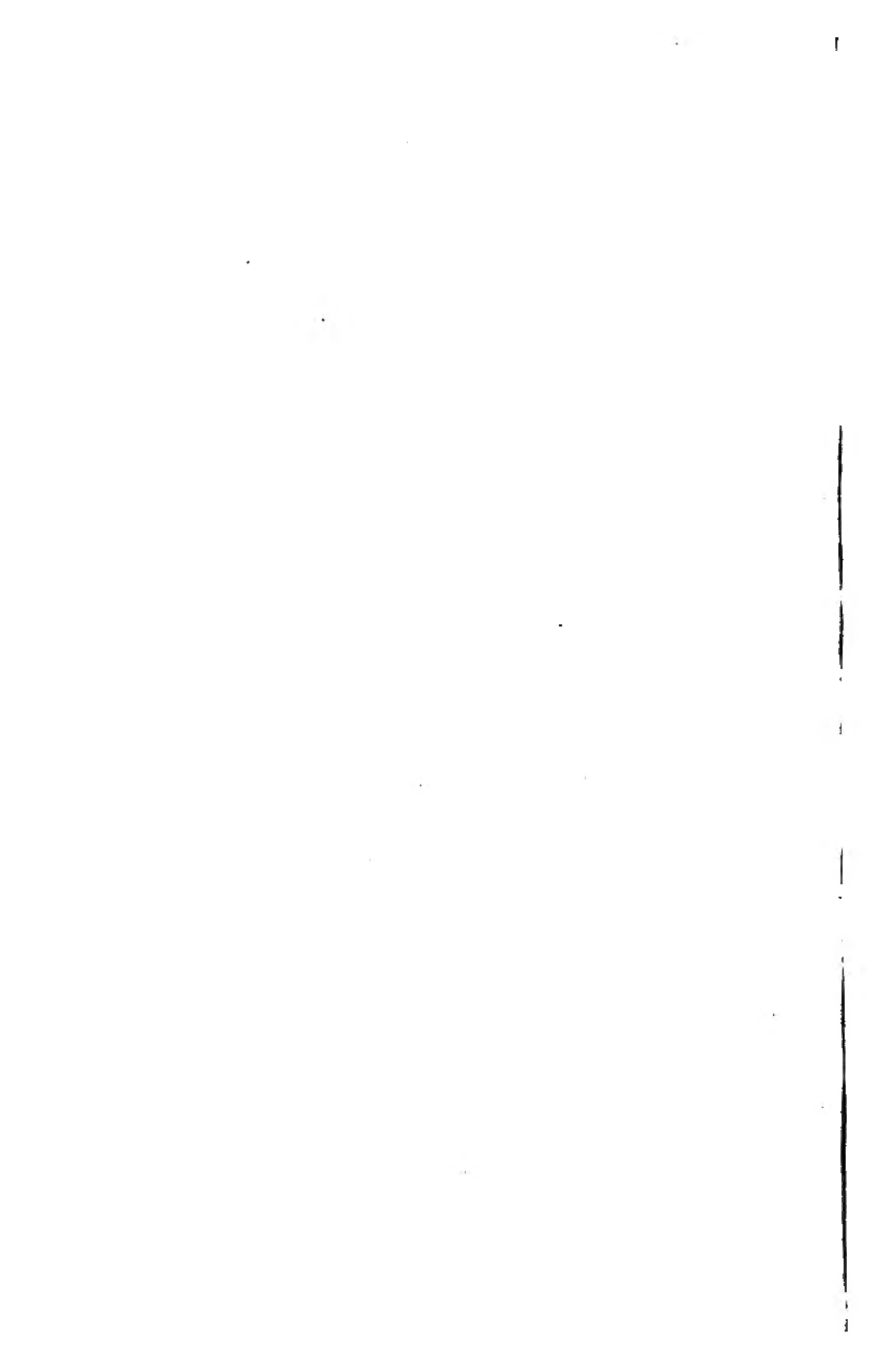
Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>





REVUE MÉDICALE
DE
LA SUISSE ROMANDE

VINGT-CINQUIÈME ANNÉE — 1905

CALE

MANDE

PREVOST

Genève

ré .

Professeur honoraire

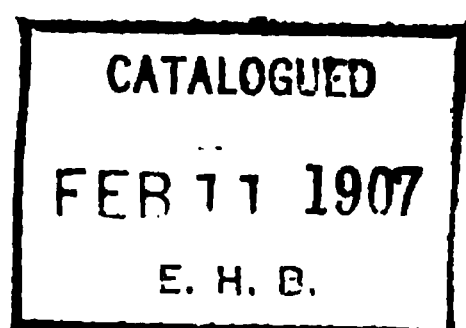
usanne,

in.

E. — 1905

cale de la Suisse romande.

S-ÉDITEURS



C'est ainsi que peu à peu l'emploi des antiseptiques se restreignit et que la chirurgie se modelant sur le laboratoire utilisa successivement pour la stérilisation des instruments et du matériel de pansement d'abord la chaleur sèche, puis l'ébullition, la vapeur fluente et enfin la vapeur saturée sous pression.

L'antisepsie classique de Lister qui protégeait l'organisme contre l'infection par des procédés exclusivement chimiques se transforma donc graduellement pour aboutir à l'asepsie n'utilisant pour la stérilisation qu'un agent physique incomparablement plus sûr, la chaleur, en passant par la période mixte pendant laquelle l'ébullition s'ajoutait à l'imprégnation phéniquée ou mercurielle.

L'asepsie, c'est-à-dire la stérilisation absolue de tout ce qui doit être en contact avec les plaies, améliora les statistiques opératoires; cependant, malgré la rigueur apportée à la stérilisation des instruments et du matériel de pansement, on constatait toujours un certain nombre de suppurations variant suivant les chirurgiens et paraissant irréductible.

Mikulicz jeta le premier cri d'alarme au Congrès des chirurgiens allemands en 1898. Avec une louable sincérité empreinte de découragement, il proclama qu'en dépit de l'asepsie la plus rigoureuse, il constatait toujours un nombre relativement considérable de suppuration chez ses opérés.

« Mes résultats dit-il, sont loin de s'être améliorés depuis que j'ai abandonné l'antisepsie pour adopter l'asepsie; et autour de moi j'ai pu réunir nombre de confidences qui démontrent que les suites opératoires sont actuellement loin d'être aseptiques » et il cite les résultats de Bergmann, de Kœnig à propos des luxations congénitales, de Heusner et les siens vis-à-vis des sutures de la rotule et enfin les statistiques d'autres chirurgiens accusant des suppurations dans 8 à 9 % des cures radicales de hernies.

Bien que Mikulicz dans sa communication ne semble pas se louer de l'asepsie, il faut pourtant reconnaître qu'elle a permis de serrer de plus près la question et d'aboutir par éliminations successives à la découverte des causes de la suppuration.

En effet, les instruments et le matériel de pansement étant rigoureusement stérilisés par la vapeur saturée sous pression, l'infection ne saurait leur être attribuée; il reste encore, comme le reconnaît d'ailleurs Mikulicz, trois sources d'infection diffi-

du
ent
vec
ars
ars
na-
fet
ire
el-

na-
ien
er.
nir
ats
oir
ice

de
res
du
es.
ra-
rès
la

.
ffi-
ses
ère

lus
et
age
'ec-

kti-

Am.

tion

feld¹ publia un mémoire dans lequel il affirme que l'emploi de l'eau chaude avec l'alcool, il est possible de stériliser les mains dans la proportion de 99 %.

En 1890 Reinicke obtint des résultats à peu près

semblables : les lavages à l'alcool peuvent permettre l'asepsie des mains, mais cette pureté est toujours

relative. Reisky², cités par Quenu, firent de nombreuses expériences et aboutirent aux conclusions suivantes : 1° Les microbes sont présents dans toutes les mains. 2° Il est impossible d'en débarrasser même en se frottant les mains pendant dix à quinze minutes avec une brosse dure, du savon et de l'eau à 40°. 3° Les solutions de bichlorure de mercure sont germicides.

En 1896 à 1897, Mikulicz³ pratiqua l'examen bactériologique des mains 72 fois après lavage complet. Il constata que dans deux tiers des cas elles étaient contaminées ; les assistants qui pratiquaient les opérations aseptiques étaient infectés dans la proportion de 92 %. Il remarqua que lorsqu'on lavait les mains à l'alcool à 90° les mains étaient aseptiques dans la proportion de 78 % ; lorsqu'on utilisait pour le lavage de l'eau à 40°, elles n'étaient plus stériles que 59 fois sur 100. La question de l'asepsie des mains fut l'objet de discussions à la *Société de chirurgie de Paris*.

En 1898, dans une communication fort étendue, Delbet affirma, sur l'expérience, qu'il est toujours possible d'obtenir l'asepsie des mains. Les vérifications bactériologiques furent faites par Vidal et Ravaut. Voici les principales expé-

riences : pendant quatre minutes le contenu de sept tubes de staphylocoque blanc, de staphylocoque doré, de bacille typhique et de bacille typhique délayés dans une petite quantité d'eau. Puis se désinfectant les mains suivant sa

¹ *Deutsch med. : Woch.* ; p. 113, 18 février 1897.

² *Sch. f. Geburts. u. Gynacol.*, 1899.

³ REISKY. *American journal of obstetr.*, T. XXIV et *Traité de gynécologie* (éd. 1898).

⁴ *Congrès des chirurgiens allemands*, 1898.

ant quelques ins-
l'étuve restèrent
attèrent à l'aide
sures des ongles,
ner des fragments
ose. Enfin Delbet
tubes, plaques de
iles.

it obtenir une sté-
amination par des

de jardin sous la
phlegmon dont le
r. Ce pus devait
elluriques (Bacille
s sont extraordi-
lesquels s'étaient
mencés avec le pus
u. Delbet écrasa
minutes, puis il se
avaud qui consta-

peuvent être ren-
plus infectants et
intervention.

Société de chirurgie
ans 19 analyses, il

uvette contenant une
concentrée de savon
derme Il renouvelle
moins cinq minutes.
ute la main princi-
rince pour enlever le
nde ensuite le bros-
e brossage à l'alcool
dans une cuvette con-
completement, c'est-
se mette plus à l'état
lle partout, le lavage
par une immersion

périmentalement 18 fois l'asepsie de ses mains. le but de se rendre compte de leur degré de contagion de l'acte opératoire, il fit six expériences ultats furent très satisfaisants, puisque, sauf une commencements effectués pendant les différents temps ns restèrent stériles.

aurions sous peine d'encombrement multiplier travaux parus sur la désinfection des mains, car ce sical de l'asepsie comporte une littérature propre éritable. Cet aperçu, quoique très écourté, donne ne idée exacte de l'état de la question et démontre té pour un chirurgien de se faire une opinion sur ntéresse au plus haut degré ses résultats opératoires. es uns on peut toujours arriver à la désinfection : mains (Ahfeld, Reinike, Delbet, Walther, etc.), tres la stérilité est plus ou moins difficile à réa- eut s'obtenir néanmoins dans des proportions qui ant les auteurs (Furbringer, Leedham Green, Mi- Pour d'autres enfin l'asepsie des mains est irréali- y, Schleich, Kronig).

ertitude inquiétante pour le chirurgien nous a sug le rechercher les causes de ces désaccords de façon r sur ce point si controversé de la stérilisation des onviction personnelle fondée sur l'expérience.

TECHNIQUE

rgiens qui se sont occupés de l'asepsie des mains et pératoire ont tous ou presque tous demandé à la : une sanction.

alors expliquer ce défaut de concordance dans les périmentaux aboutissant à des opinions diamétra- sés ? Il est pour nous incontestable que ces diver- nt être expliquées par la diversité et aussi par l'in- is techniques employées.

très grand nombre d'expériences on s'est borné à s mains ou à en essuyer une partie, les doigts le t, sur la surface de plaques d'agar ou de gélatine. ndra que cette méthode un peu trop simpliste ne qu'une idée absolument inexacte du degré de con- es mains. On verra, en effet, avec quelle énergie les

on répartit à l'aide d'une pipette de Chamberland le bouillon dans un grand nombre (100-130) de tubes vides préalablement stérilisés.

En même temps, après agitation, de façon à obtenir autant que possible une égale répartition des germes dans la masse du milieu nutritif, on sème à l'aide d'une pipette exactement jaugée de 60 à 80 gouttes de ce bouillon sur gélatine liquéfiée et on fait des plaques pour la numération des germes.

Au lieu de boîtes de Petri nous avons utilisé avec avantage des tubes à essai de fort calibres (25 mm. de diamètre) contenant quelques centimètre cubes de gélatine-peptone, terminés à la partie supérieure par une tubulure bouchée par un tampon d'ouate et hermétiquement close par un capuchon en caoutchouc (fig. 2).

Après ensemencement d'une goutte de bouillon dans chaque tube on laisse la gélatine faire prise en déposant ces tubes hori-

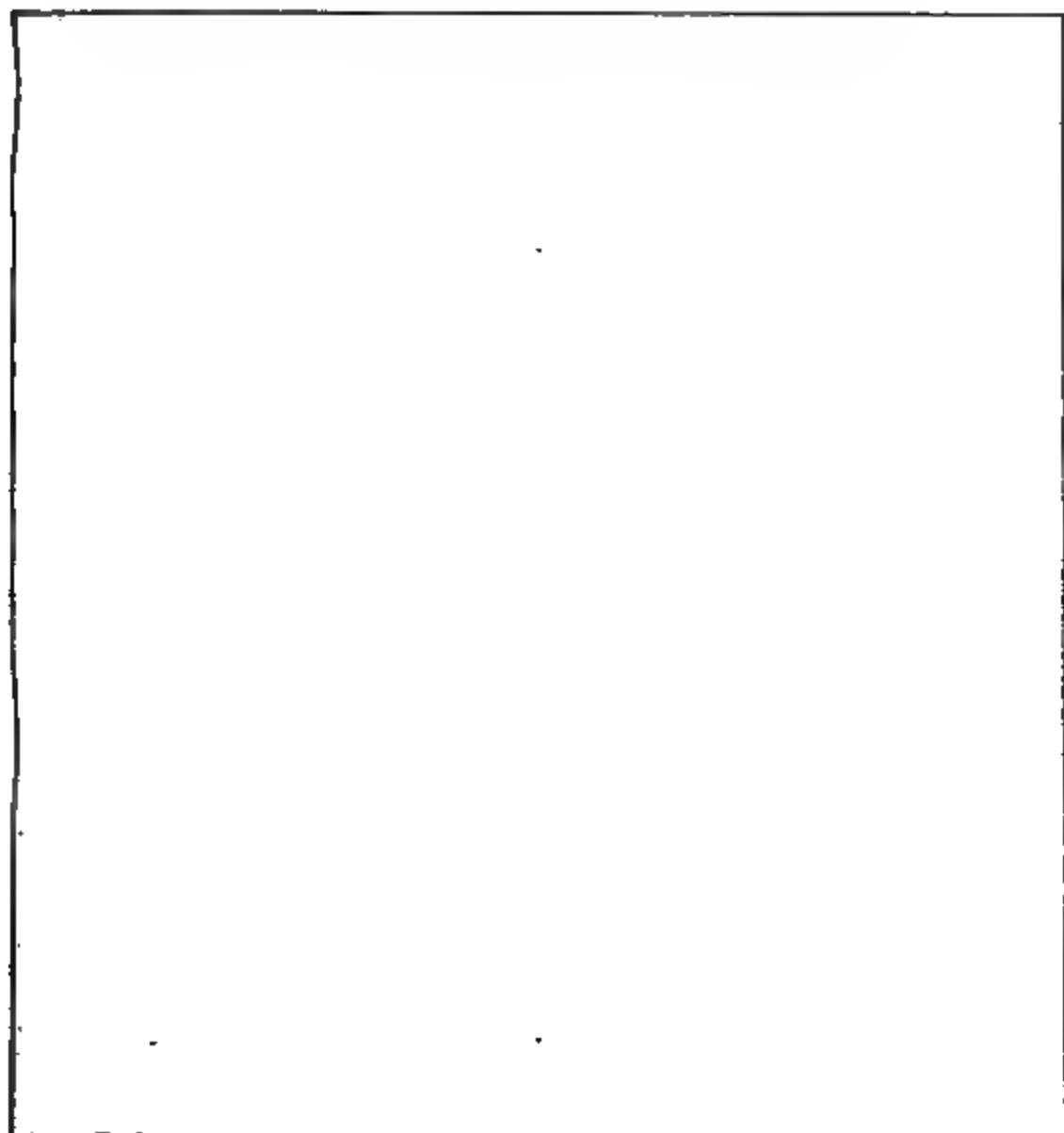


Fig. 2.

pile

ainsi
isser
tions
e au
s en
ussez
peu-
dans
d'un

estés
ptait
eage
e de
uelle

er au
oute-
e du
nain
être
mer-
autre
ontre
rtis-
main
ains
ares,
le, il
ur le

able
ands
illon
, le
, 80)
pro-
dont
xact,

réel

e, n'a
microc
cube
de ge
in noi
u nu
l'ana
main
luatio
lon co

, empl
es et

NORM

ermin
perso
soig
a proj

sont
'elles
et av

xpérie
es pa
ns 50
its va
es ou

aines
amin
arées
toire
e min
ains

représente encore un minimum. Ade, les plaques étant devenues bation ne fut pas poussée plus loin. approchée du nombre des colonies bout de quinze jours d'étuve, on on de Miquel, on constate que le nt s'est dépouillé cette main par dans 500 c. c. de bouillon s'élève 3,000.

IS APRÈS LAVAGE CHIRURGICAL.

technique, nous avons étudié le près lavage chirurgical et, pour nprécision des méthodes d'analyse nous avons fait un grand nombre

es plus divers ont été employés, plus souvent libres d'utiliser la endant dans 35 expériences on a procédé de Delbet qui, ainsi qu'on de réaliser à coup sûr la désin-

nos expériences qu'aucun des pro- ge quotidien dans les cliniques , même celui de Delbet, n'a abouti

otion ont donné des cultures par ous avons utilisée. Leur degré de très larges limites, sans qu'il soit rité de telle méthode de désin-

il semble ressortir nettement de ction est poussée plus loin par le .tes stérilisées que par l'emploi ndrons d'ailleurs plus tard sur ce

é de contamination des mains à ée par nous, on constate dans les lans les conditions de durée iden- idérables dans les chiffres repré- ses.

de 21 expériences dans lesquelles

outes, l'analyse quan-
ins avaient été lavées
chiffre maximum de
e dans les 500 c. c. de
0.

expériences dans les-
25 minutes, on obtient
tenus dans les 500 c. c.
20.

xpériences, le nombre
500 c. c. de bouillon
20 correspondant à une

uvent exister dans les
mination maximale et
; diverses, à l'imper-
ologique quantitative,
a moins grande énergie
, un fait frappe, *c'est*
sés, la pureté des mains
.

rée de la désinfection,
sie; peut-être même
; longue série d'expé-
r.

proché de l'asepsie et
t LXIII.

s (car c'est ainsi qu'il
es mains pendant une
ois cuvettes stérilisées,
et du savon stérilisés.
blimé à 1 ‰ jusqu'à
l'épiderme et ont ter-
endant deux minutes.
ée énergiquement pen-
uillon. Ce bouillon fut
ttes ensemencées sur

, 53 restèrent stériles.
onie s'était développée
la pipette jaugeait 11
t que par le lavage de

es d
is u
rier
epsi
fec
con
00 (
) go
on n
bes (

rien
non
dop
état
lue
s da
ube
it p
; ur
and
ix t
que,
nce
i de
gme
tou
nce
a dé
erv
da
luré
cou
s la
s 50

uat
ie gi
ava
atio
nt in
Gre

imentateur, ainsi
sur 25 expériences
mains et que dans
ses quelque temps
arotomie.

, auteur, il est plus
optiques, mais les
cités démontrent
ieure.

E OPÉRATOIRE.

rches sur les modi-
s au cours de l'acte

ord est loin d'être
k, prétendent que
opération, d'autres
ugmente.

opposés, lorsqu'il
ution de la pureté
nt aux germes de
plus nombreux,
par une migration
de la peau par le
stant ce qu'il faut

t de nous rendre
s mains au cours

Après

8.000

167.000

74.000

34.400

49.200

21.400

4.900

24.600

3.900

13.400

tous dit séparément qu'ils n'avaient pas des mains propres.

Le nettoyage mécanique prolongé et l'asepsie équivalent à celui pratiqué avec les procédés de la brosse, du savon, de l'eau et sont identiques.

Maxima et minima de germes dans le bouillon ayant servi au lavage dans 10 expériences :

Germes. Dans une analyse, 60 plaques en plaques de gélatine exposées douze jours d'étuve et nous avons sur laquelle portait l'expérience que six tubes de bouillon dans lesquels les 500 c. c. avaient

été lavés par le lavage mécanique avec des brosses constitue le facteur principal

dermatologistes qui ont étudié que les squames épidermiques, les canaux, que la couche cornée, l'écaillure en abrite des quantités. Débarasser mécaniquement des plaques, déloger les microbes qui sont en de la peau au niveau des plaques, il faut décaper la peau, c'est la nouvelle opération, pour nous de Delbet.

Il faut appuyer l'importance du rôle de la désinfection des mains.

Presque toutes nos expériences ont été faites. Cependant dans quelques-unes sur les deux mains simultanément sont prêtés à nos expériences de désinfection avaient-ils tous été habitués à se servir de préférence de leur main gauche. Dans quatre de nos mains a été simultanément toujours montrée (toutes choses égales) que la main gauche.

solution d'hermophényl à 5 % a duré une demi-heure sans présenter le moindre inconvénient.

Cette constatation faite, nous avons d'abord recherché le pouvoir désinfectant de l'hermophényl à 5 % sur la lavée d'un de nos garçons de laboratoire. Pour avoir une idée approximative du degré de contamination de cette main, nous avons par la méthode déjà exposée fait la numération des germes contenus dans l'autre main servant de témoin. Il a donc été considéré le degré de souillure des deux mains sensiblement équivalent, ce qui est probablement assez la réalité chez un ouvrier manuel.

Dans une première expérience, l'analyse de la main nous démontra qu'elle était souillée par 5.896.000 germes minimum. Après un séjour d'une demi-heure dans l'hermophényl à 5 %, le nombre des germes était descendu à 97.

Une série d'expériences analogues nous ont donné les résultats suivants :

<i>Main-témoin</i>	<i>Main après immersion d'hermophényl à 5 %</i>
7.323.000	86.200
5.160.000	99.100
4.430.000	79.700
6.260.000	89.600

Tous ces résultats concordent d'une façon curieuse et semblent démontrer que la désinfection ne saurait être poussée plus loin par l'immersion de la main contaminée dans une solution d'hermophényl à 5 %, pendant une demi-heure.

Nous avons fait encore un certain nombre d'expériences avec l'hermophényl. Dans cette série nous avons eu recours à des mains de chirurgiens qui étaient d'abord désinfectées à l'eau chaude dans deux cuvettes avec brosses et savon stérilisé.

Ce nettoyage s'effectuait dans les limites de durée habituellement en usage dans les cliniques chirurgicales, soit 10 à 15 minutes. Après quoi la main en expérience était placée pendant dix minutes dans l'hermophényl à 5 %. (Durée totale de la désinfection 20 minutes).

Voici les chiffres extrêmes qui nous ont été révélés par l'analyse : maximum 2850, minimum 110.

isants et démontrent nettement
ar par le lavage de dix minutes
ième durée dans l'hermophényl,
gré de purification des mains que
ns la série de 20 expériences rela-
ssage énergique à l'eau chaude et
minutes et suivi d'une immersion
imé à 1 $\frac{o}{100}$.

s fait pour l'eau oxygénée la même
l'hermophényl. Nous avons utilisé
12 volumes, ordinairement acide.
nain d'un de nos garçons de labo-
verses reprises sans désinfection
neure dans l'eau oxygénée
egré de contamination de la main
(maximum) à 4.830.000 germes

mersion dans l'eau oxygénée, nous
ants : maximum de contamination :
euce qui nous a donné le chiffre
aillonensemencées sur gélatine ne
colonie; par contre, sur 130 tubes
it servi au lavage de la main avait
ninés. Donc dans cette expérience
oire était devenue presque asepti-
séjour dans l'eau oxygénée.

l, nous avons fait agir l'eau oxygé-
rès lavage des mains de même
cuvettes, savon, brosses stérilisées).
s obtenu comme chiffre maximum
nation minimale nous avons cons-
ir 120 dans lesquels les 500 c.c. de
s. On approchait de l'asepsie.

expériences en augmentant les
nersion dans l'eau oxygénée, nous
hé de l'asepsie, que nous sommes
ois.

nt le résultat fut unique, la main
minutes à l'eau chaude, brosses,
cuvettes puis immergée pendant
génée.

èse inspirée par le
imentalement que
mains au cours de
mécanique par la
des sudoripares et

contreversée nous
contribution expé-

rieux et si persévé-
excessive et cette
un nombre consi-
avec une patience
connaissants. Ces
si constants qu'im-

se, après désinfec-
teignaient un de-
nble de nos expé-
nais n'a même pas

clure la probabilité
iennes dans la pro-
nt des germes à la

te qu'elle fût, n'ex-
une contamination
objecter que par le
alaie constamment
ares et les canaux
ils disparaissent en
2.

ous avons entrepris
echnique suivante:
rs chirurgiens. Ces
de Delbet, mais à
ement stérilisées à
deux minutes dans
ême durée dans le

ence était trempée

e une large ouverture bou-
lain. Une fois la main intro-
tampon d'ouate stérilisée de
t à s'opposer à la déperdi-

ve se trouvent trois petites
à l'air chaud compris entre
s laquelle s'engage un ther-
ar un bec Bunsen.

séjournaient à l'étuve pen-
inutes de façon à déterminer
ir de l'étuve la main était
500 c.c. de bouillon que l'on
s et dont on faisait un grand

tenir une appréciation suffi-
des mains avant et après

si intéressante de l'infection
technique que nous venons
ingtaine d'expériences dont

on classe ces expériences en
nfektion des mains, on cons-
a tout au tout. Si le temps
le nombre des germes après
l'avant.

adation diminue au fur et à
ction, si bien qu'après une
nent longue le nombre des
ès sudation est presque tou-
constaté avant et si quelque-
la différence relevée étant
par conséquent une augmen-
r les valeurs sont de même
s d'imprécision des méthodes
atives.

lémontrer très nettement le

et en liberté
s sont lavées
t que le net-
e de la peau
au savon. Il
alyses que la
de la profon-
leur n'existe
ances est que
par le fait de
nt nettoyées.

ces, l'asepsie
es conditions
signer à s'en
rien ne sau-

eau stérilisée
grosses et du

on devra être

ne attention
re, par leur
rmidable de
t peau et par
ent humides,
t, du pus, du
onstituent de

ées dans une
e immersion
osses, mais il
olongée. En
s germes sur
long dans le
des matières
curique pour
ore de micro-
ction de l'an-

e bons résultats, mais
ates.

re dans nos expérien-
in séjour d'une demi-
minées étaient deve-

pas.

e un nombre de ger-
até auparavant, c'est

constituent pas un
), au contraire, qu'a-
é de pureté notable-
par conséquent plus

flore microbienne est
ermes variant avec la

é, plus la flore bacté-
à un organisme irré-
dercreutz, hôte habi-

de déduire.

oubtent de prix, lors-
n à la pratique. Ceci
ien qui attend beau-
né.

prefs, de voir quelle
données bactériologi-

iquement de se laver
ssi d'emblée devons-
visant, quand même,

e que l'aveu de notre
ompte de nombreux
amen.

ori à leur emploi est
sur. Eh bien ! depuis
inci, mieux adapté à

uerons plus loin,
ne visuel.

ement l'effet des
pas faire ici l'ana-
faite avec beau-
Dr Ulbrich¹. Cet
nces avec un très
animaux de labo-
organismes, injec-
ns le corps vitré.
uivant la localisa-
tion est faite dans

des saprophytes
dont le diagnostic
plet.

. de panophtalmie
ique. Elle a isolé
ans le corps vitré
ormation de cata-
re dans les veines

aut, décrit un cas
ois après l'opéra-
. fut confirmé par
ux.

lmie traumatique
ai analysés dans
ilis dans les affec-

ées, j'ai eu l'occa-
uement trois cas
roorganismes sa-
nt de les publier.

über die Wirkung in
n Graefe's Arch. für

e. Messages de l'oph-

904.

ensions

nencée
l'étuve
se sont
et pré-
qui ne
sentent
e reste
0 à 15
r agar-
celles

remar-
t, gris-
nt jan-
gulière-
couleur

me de
re. Sur
culture
la cul-

iliens,
à une

utanée
symp-
ne res-
lapins

it d'un
forme
ptômes
s.
ujours

crococ-
e notre
ument
onctive
née et
e anté-

accompagnée très souvent d'une fort
tit à la longue à une phtisis bulbi.

e l'examen bactériologique et
issent suffisamment que l'agent
ien un microorganisme saproph.
coccus candidans; il est évident
urtout la rupture de la hyaloïde
infection, mais les deux cas si
des infections graves peuvent é
s de la conjonctive sans que l'h
le traumatisme opératoire est

ophtalmie post-opératoire tardive et le

67 ans, s'est présenté à l'hôpital opht
903. Il est atteint d'une cataracte m
anche. La conjonctive et les voies l
à faire une extraction à l'œil droit.
re on donne un grand bain au malade
bandeau d'épreuve, le tampon d'ou

re je fais l'extraction avec une larg
de l'œil droit. L'opération ne présen
re la chambre antérieure est reform
le malade ne souffre pas et se porte l
904 inclusivement.

n changeant le pansement avec l'int
remarque un léger gonflement de la
n de la plaie cornéenne. La chambr
aqueuse est légèrement trouble et
de maux de tête. Séance tenante j
autère et j'ordonne le calomel à l'inté
le tiers supérieur de la cornée est
e de pus et la conjonctive bulbaire l
es frictions mercurielles sur la tempe
sur l'œil. L'infection qui m'a paru
ser dans le segment antérieur du gl
ofondeur de l'œil et évolue lentement
rche lente, malgré la prompte et éner
iologique. — Les verrelets préparé
mbre antérieure sont colorés les uns
par la fuchsine de Ziehl. Sur ces ver

diphtériformes de dimensions
s.

ller et d'agar-agar ont été ense-
ure et portés à l'étuve à 37° c.

24 h. après présentaient de
d'un blanc-grisâtre, plus opa-
nies examinées au microscope
sur agar-agar on constate des
entre-elles. Une colonie repi-
atine, donne une culture pure

rons affaire à un vrai Loeffler
de la conjonctive et qui est
cultivation seule peut trancher

ction sous-cutanée à un cobaye
e dans le bouillon. Le lende-
animal mange bien et est très
se à 37,2, le cobaye se porte
ans qu'il présentât le moindre
ne quantité de culture dans le

isolé du pus pris dans la cham-
ganisme des animaux ; reste à
jecté dans l'œil des animaux.
une petite quantité de culture
y provoqua au bout de trois
petit le segment antérieur du

ici la vaste littérature sur
bacille et toutes les discus-
sionnement que la plupart des
ro-bacille de la conjonctive
micro-organismes patho-
ment en injection dans la
r la cornée ; à ce point de
rk ' sont très caractéristi-

Graefe's Archiv für Ophtalm.,

la dacryocystite, la kératite à

et nos propres recherches sur le xéro-bacille, quand il se trouve dans des conjonctives, acquiert une certaine virulence. Le xéro-bacille de la conjonctive est donc l'un des agents d'un très grand nombre de maladies oculaires. Ici, est complètement confirmée l'hypothèse formulée par moi-même, l'ophtalmie due au xéro-bacille. Je tiens à opposer à cette manière de voir, que la conjonctive est infectée par le xéro-bacille et que l'agent d'infection est le xéro-bacille. Nous avons obtenu en culture pure le xéro-bacille de la conjonctive antérieure.

Ophtalmie post-opératoire due au Bacille de la conjonctive

Le 5 mai 1903 à la consultation, je constate d'une double cataracte, conjonctivite à droite. La conjonctive est rouge et gonflée. Les verrelets préparés avec du xéro-bacille ont présenté qu'un gros bacille, presque toujours sur la conjonctive antérieure.

Après l'opération antiseptique usitée en ophtalmologie ; l'opération est faite sans complication. Je constate l'existence d'une bécrotte, la pupille noire et l'œil se plaint de rien.

Après le pansement, je remarque que la conjonctive est de couleur gris-sale et est gonflée. Le pus est abondant et dans l'œil. J'ordonne des applications chaudes sur l'œil et des applications chaudes sur l'œil. Après l'opération, l'iris est couvert d'une bécrotte. J'ordonne des frictions mercurielles sur la conjonctive antérieure.

Après l'opération, l'iris est couvert d'une bécrotte. J'ordonne des frictions mercurielles sur la conjonctive antérieure. L'ophtalmie est terminée pendant la nuit. L'humeur aqueuse est devenue trouble. La pupille est restée obstruée par la bécrotte. *Action de la chambre antérieure sur la marche de la maladie.*

Expériences sur la virulence du xéro-bacille

Ophtalmie oculaire consécutif à la vulvite. Septembre 1901.

née, également
atoire.

e pus pris dans
se décolorant

, on voit appa-
t plus tard une
côté de la strie,
bords irrégu-
me de terre et
que blanc. La
forme un dépôt
it blanc. L'exa-
que du staphy-
gros bacilles

iquage de ces
entericus ou du
cille à spores,
eux du labora-
sa surface une
orme un enduit
e la gélatine et

n était mixte.
vient dans ce
este ce n'est
avoir si cha-
était capable
e nous avons
i vont suivre
ocoque blanc
ambre anté-
la chambre
t produit des
ême dans le
voqué aucun

ction sous-enta-
al ne présente

onde injection f

ion de la même
e iritis, des syn
isation. Trois joi
es symptômes d
es.

dans le corps vitu
ni reste localisée

N MED
de la culture
ts, j'estime qu
11 1907

clusions.
S. RY.

rvations et des
ient que les mi
resque toujours
ingereux pour
urquoi l'antise
ient à l'abri c

sous-scapula

RAY, de Genève.

emier cas conn

Les années su
que tous franç
ng silence où
n 1894 repren
grand écho et
903 les craqu
s travaux.

ence pour exp
lue à': 1° la p
à la suite soit
ienne fracture
s riziformes de

ie musculaire, suite d'affection
) ou d'une maladie générale
cette atrophie les deux sur-
viendraient en contact et pro-
éristiques.

trouvé vingt-deux cas dans la
yer l'une de ces trois théories.
ne côte, soit de l'omoplate,
énie de ces craquements spé-

mes yeux leur explication par
e sous-omoplatienne plus ou
lans lequel peuvent même se
Comment admettre, en effet,
s minces, à contenu, en partie
des craquements osseux per-
igt, mais à l'oreille. Il existe
on n'a permis de ne trouver
rophiée et qui ont été guéris

rtter un fait de plus à l'actif de
laire; le voici :

er de 46 ans, marié, père de deux
ur le dos et les coudes. Il vient le
r'il s'agit d'un homme bien portant
s, ne crache pas.

l s'agit d'une contusion du dos et
ture ni à l'omoplate, ni aux côtes.
épanchement articulaire du coude
viale, est distendue et remplie de
ation sont limités et douloureux,
ite traumatique que je traite par
e tarlatane gommée avec emplâtre

lace; lorsque je l'enlève je constate
du bras et de l'épaule. L'ouvrier
nt sous-scapulaire qui se produit
surtout très net dans le mouve-
orsqu'on immobilise l'omoplate, et
noplate et on immobilise l'articula-

romande

que est rare ;
on cadre tous
t de carcinose
que beaucoup
t pas à l'exis-

le de l'histoire
er dans un état
revu dernière-

le Senarclens,

onal de Lau-
s nombreuses
le avant sep-
entir des bal-
'ingestion des
t sujet à des
ie passent pas
nt constipé. Il

ys (Valais) où
, ballonné ; les
e renvois. Le
15, il retombe
il vomit après
es s'écoulent
uve alors une
t après lequel
quels presque

tat empire. Il
les aliments.

qui le soutient
ni melæna, ni
dit.

1900 il a toujours été gro
n. *Jamais buveur* (?).

ne de taille moyenne, ex
e, peu musclé, aux yeux
s tranchant sur le teint n
rrale. Cœur, poumons, *nik*
, sans asymétrie. Souple
épigastre, plus difficile à p
uscles droits, semble cep
à limites diffuses, surtou
droit.

re du foie est normale.
st très tympanique. Au de
n son tympanique à tou t
inférieure arrondie dessin.
s, tympanisme à timbre
acal. Dans la région rési

rès repas d'essai : acidit
coup d'acide lactique, très

ccale, on ne voit *pas de vo*
mac glisse un peu vers

meur diffuse, inopérable,
et, on verra s'il reste une

in 1901, avec l'aide de M
algré une incision qui pa
gé d'échancrer largement
reconnaître dans une
cinq francs avec le diapl
attirer l'estomac, sur lequ
ale. L'organe est petit, rig
acés en « chicanes » (ter
rement la séreuse; il rapp
up trop conique cependa
celés (fig. I). Toute cette
du toute cavité. La po
re, a une paroi très épais
onde œsophagienne par
cevoir qu'elle s'arrête au

ation d'une gastrectomie
es adhérences autour du
ise à la jéjunostomie que
entre toutes. La gastroen
licable; elle sera simple
épuisé. Mais on doit fai
l'épaisseur de la paroi
eur probable dans ce cas.

La séreuse incisée paraît assez mince; la musculaire par contre, c'est ainsi qu'on doit nommer la couche suivante, est épaisse d'un fort centimètre dans la partie assez mince pour recevoir l'anastomose. C'est un tissu friable, de couleur jaune-chamois, parcouru par des travées connectives blanchâtres, plus denses. Ça et là des ilots jaunes, graisseux (fig. III). A l'ouverture de la muqueuse il s'échappe de l'estomac un liquide verdâtre, bilieux, à odeur acide pénétrante, avec des restes d'aliments très menus et un noyau de cerise (ingéré depuis trois à quatre jours). On est forcé de siphonner ce contenu à cause de la rigidité et de l'immobilité de l'estomac. La muqueuse noirâtre semble ulcérée superficiellement, cruentée, lisse, friable

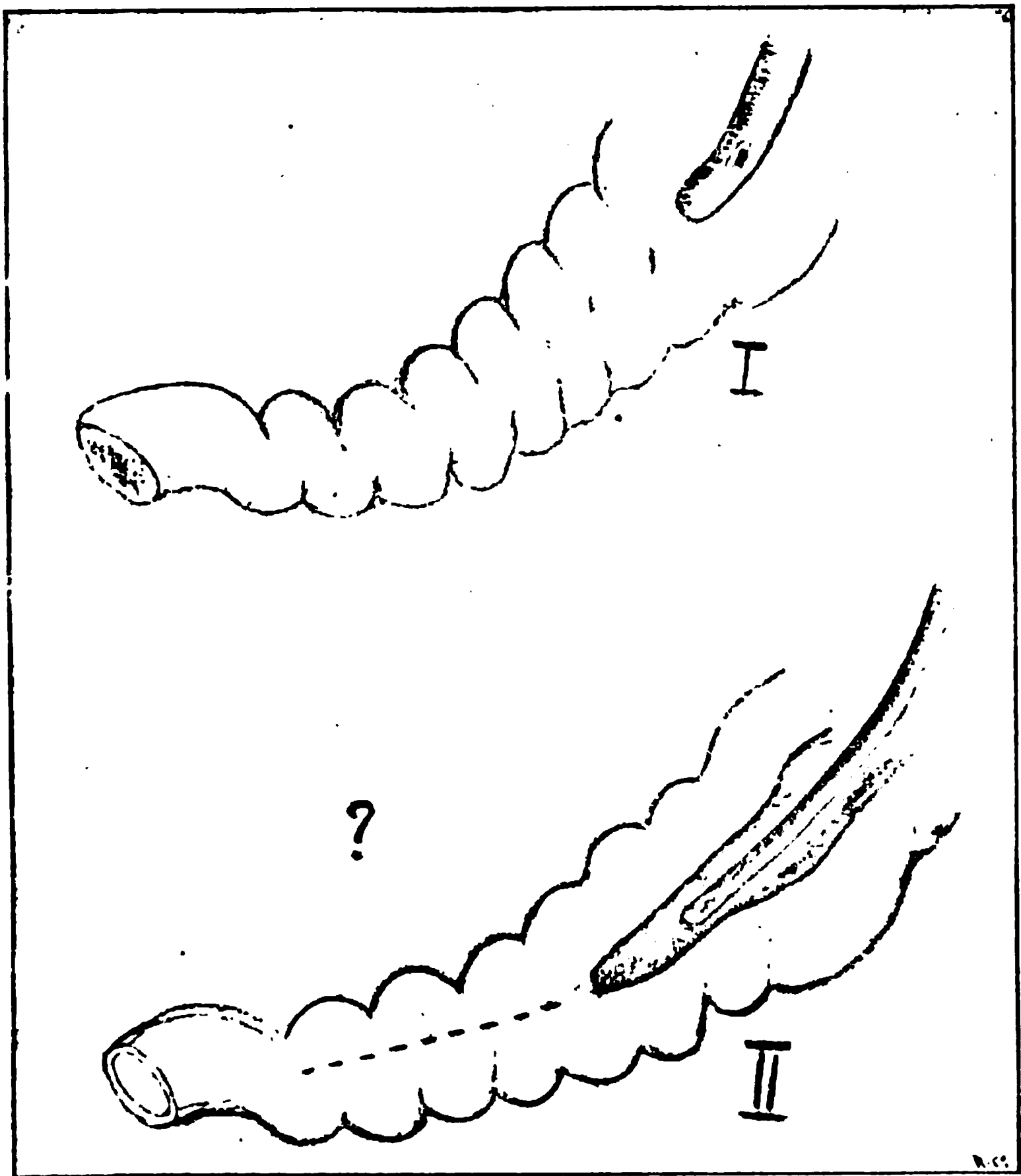


Fig. I et II.

aussi. Le doigt introduit par l'ouverture permet de voir que la face interne de l'estomac ne présente pas de saillies extérieures : elle est lisse. Vers le pylore l'index remonte et on croit en atteindre le fond à l'endroit où a buccale l'œsophagienne. Sur une longueur de plusieurs centimètres la portion prépylorique doit avoir une lumière minimum. On ne doit pas perdre de temps à en reconnaître le calibre (coupe).

Grâce à l'ampleur et à la mobilité de la muqueuse de l'anse jéjunale choisie, on peut affronter les muqueuses que celle de l'estomac soit immobile et friable, de très bonne qualité.

L'ouverture artificielle laisse passer commodément les doigts, lorsque toutes les sutures sont terminées — habituelle (3 plans).

Fig. III.

A mentionner pendant l'opération : deux injections de strychnine et une d'eau physiologique de 200 gr. sur l'anse jéjunale, sur le conseil du prof. Bourget après l'opération pour contempler cet étrange viscère.

L'opéré est ramené dans son lit comme mort. Après le pouls ne compte plus que 110. D'heure en heure piqure d'éther camphré ; vers le soir nouvelle transfusion de strychnine, lavement salé, etc., etc.

malade paraît moins parcheminée ; néanmoins le pli.

rhée intense ; cervelles non digérées.

se que le 4 juillet, après l'administration de

nelle.

instat une guérison de la plaie par pres

forces reprennent lentement avec l'ap-

pieux mais fréquents sont bientôt préférés

mange souvent, aussi la nuit, et qui nous

près avoir gagné 5 kilos dans la dernière

901 nous apprenons qu'il a repris son tra-

t 60 kilos.

4 il fait une grippe infectieuse qui lui ôte

cela nous le voyons, il y a peu de temps. en

rition, avec un teint excellent et bon aspect

nous suggère quelques réflexions.

e chirurgical La gastro-entérostomie *anté-*

, *sim. le* par nécessité, à cause de l'immobi-

de l'état du malade, nous a donné un fonc-

sant grâce à l'étendue considérable de

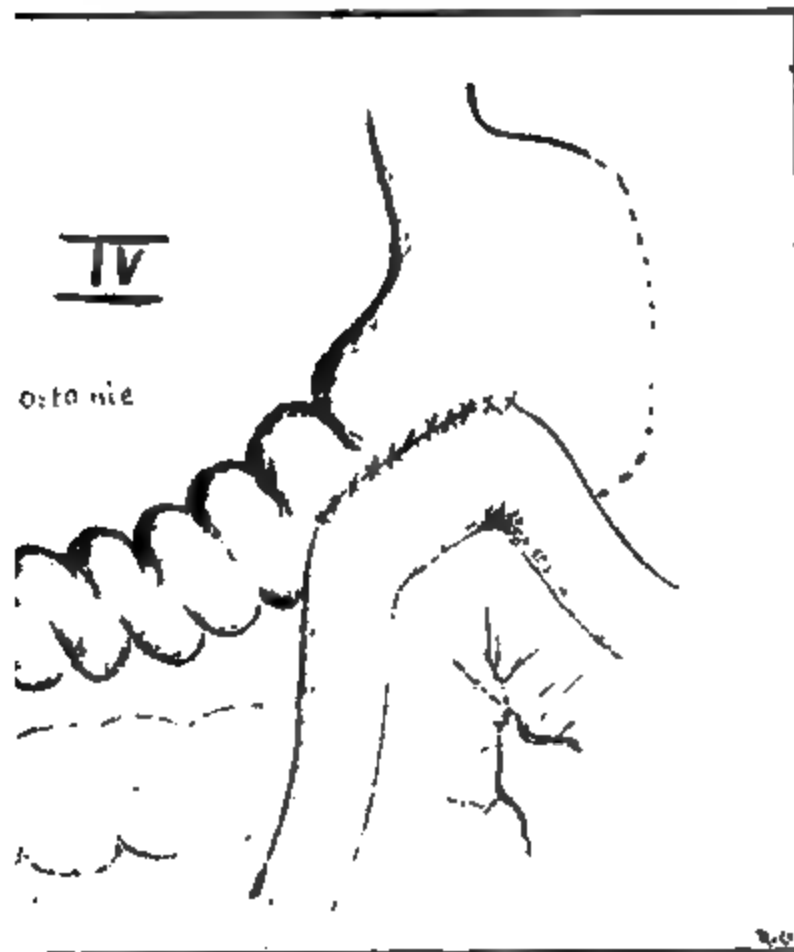


Fig. IV.

omose et à l'appui fourni à l'anse jéjunale par la paroi stomacale (fig IV).

tentative de gastrectomie totale, dont le résultat aurait été pour notre malade équivalent, puisque rigide et ratatiné ne peut plus servir de sac à précipiter dans l'espèce un seul résultat certain : la mort par éjunostomie ? nous l'avons condamnée sans phrases que notre malade n'a aucune raison de la regretter (!), nous ne la discutons pas, puisque le malade pèse à 38 kilos et aux lavements nutritifs.

au point de vue clinique, il y a lieu de relever la sécheresse, puis les vomissements immédiatement après, causés par l'intolérance d'un estomac qui ne peut plus fonctionner comme entonnoir rigide ; le sueur abondant après le vomissement, la conservation d'un petit appétit contrastant avec la maigreur et la misère ; le taux élevé d'hémoglobine ; la résistance à la distension et la difficulté à l'insufflation de l'estomac.

anatomiquement : L'aspect macroscopique du viscère est particulier le plissement en « chicanes » de ses parois muqueuses qui franchit les plis appartient à l'inflammation chronique plutôt qu'au cancer. Cet aspect est tout à fait celui de l'intestin du porc « quand il a la cherté », disent les paysans ; analogue aussi à l'intestin d'un cheval atteint nettement de troubles d'origine inflammatoire. Nous avons présenté à la *Société vaudoise de médecine* ces constatations.

La coupe de la paroi musculaire donnait également l'impression d'un processus inflammatoire chronique avec régularité, plutôt que celle d'un néoplasme diffus. La muqueuse, toute amincie et noire et cruentée qu'elle paraît, ne nous a pas fait songer à un état irritatif banal et non aux proliférations cancéreuses. La sous-muqueuse et les glandes elles-mêmes, si elles avaient, la première surtout, des lésions de leurs mailles, avaient trop complètement gardé leur situation pour qu'on pût penser au sarcome ou au carcinome.

Enfin et surtout, en l'absence regrettable de l'examen histologique auquel nous n'avons pas songé, au milieu des difficultés de la fixation, à faire sa part, il nous semble que l'aspect et l'écoulement depuis l'opération est une garantie suffisante pour que nous osions affirmer la nature non néoplasique de la lésion stomacale en face de laquelle nous nous sommes tenus. Nous avons escompté la preuve anatomique ; nous n'avons pas nos batteries.....

La constatation ayant disparu déjà deux fois, nous ne pouvons que la publier incomplète et fonder en définitive notre conclusion sur la preuve négative. A. R. ne nous en voudra pas. Il resterait, au point de vue étiologique, à lui demander de préciser ses indications sur sa sobriété et le reste.

lingo-ovariotomie unilatérale, re ovaire et énucléation d'un

par BEUTTNER

à l'Université de Genève.

alors interne à la clinique gyné-
tâle a décrit dans le *Bulletin de*
is, 1904, n° 5 et 6, p. 223, un
près ovariectomie unilatérale et
vaire. Il a pu relever dans la
nnées une trentaine seulement
oi il s'est décidé à publier l'ob-
J'obéis aux mêmes motifs en
téressant que j'ai observé dans

e dès l'âge de 13 ans toutes les
ars très abondamment avec de
deux ans; fausse-couche d'en-
de mariage; depuis lors elle
ur, des picotements aux seins;
es serrées autour de la taille;
e fois le 6 janvier 1902; maux

ne forte résistance, d'une cer-
ous anesthésie en commun avec

fibrome de l'ovaire droit; petit
et extérieure de l'utérus, à la
cente de la trompe et de l'ovaire

d'après la méthode de Rabin-

fixés dans des adhérences; la
pullaire un kyste sous-séreux,
imant sa partie périphérique.
e et dur; il est enlevé avec la

aire est descendue en avant,
en déchirant les adhérences,
déchiré; résection partielle et
réséqué sont alors fixés plus
(er).

i volume d'une petite orange,
re de l'utérus, du côté droit;
nes. La plaie utérine du pre-

e est fermée à l'aide d'un sujet au catgut; le péri-al antérieur est fixé sur la plaie fermée, pour empêcher éventuel d'une infection. (Ventrofixation séro-hermeture de l'abdomen. Guérison par première

1902. — Utérus en antéflexion physiologique; trompes saines normales. Les règles sont reparues six semaines après l'opération, et ont continué à se montrer toutes les semaines, sans douleurs.

Règles le 10 mars 1904; premiers mouvements ressentis fin de juillet; grossesse normale à l'exception d'une hypertrophie exagérée de la glande thyroïdienne, combattue avec succès par des pilules d'iodoforme (0,5 gr. pour

les renseignements de la sage-femme, M^{me} Rüfenacht, l'accouchement a lieu le 5 décembre à 11 h. du soir; pendant la nuit, quelques douleurs de reins et au bas-ventre; le matin, la sage-femme constate que la portion vaginale est presque effacée, l'orifice externe entièrement fermé, la tête engagée, le dos à droite; le 9 au soir, commencent les douleurs; le 10 à 9 heures du matin, examen interne de la femme: l'orifice externe laisse passer l'extrémité des membranes; douleurs toutes les cinq minutes; état général très bon; à 4 h. du soir, nouvel examen interne: l'orifice dilaté comme une pièce de 2 fr., on sent la cheville des membranes. Depuis 6 h. du soir les douleurs sont plus fortes et plus rapprochées; à 11 h. l'orifice presque complètement dilaté; le 11, à 2 h. du matin, la tête n'a pas avancé, la grande fontanelle se trouve en arrière la symphyse (*Vorderhauptslage* des Allemands). Alors je suis appelé et ne puis que confirmer le diagnostic de la sage-femme, excellente élève du regretté prof. Dr. Kappeler. Je conseille de prendre patience. A 8 h. du matin, la parturiente souffre beaucoup et que l'accouchement naturel, je me décide à appliquer le forceps; la tête se présente selon sa plus grande circonférence dans l'excavation du Bassin normal.

Le fœtus pèse 3050 gr., placenta expulsé 25 minutes après la naissance. Une très petite déchirure vagino-périnéale est fermée avec quelques points de catgut.

La conservation montre nettement les avantages d'une intervention gynécologique conservatrice.

L'écoulement prématuré du liquide amniotique et la position du sommet en OIDP. il serait difficile de dire si l'opération faite antérieurement en était la cause. Mais il est certain que le résultat final, considéré à tous les points de vue (santé possible, etc.), est très heureux.



XCINE

dent.

Ils sont reçus membres
à candidature.

À la précédente séance,
et parle des excellents
liques au même régime.
ration et à la déchloru-
tique et non chimique.
hery, qui placèrent des
des solutions salines
me les cellules rénales
mcentration. Avec une
gent, mais elles le font
que le défaut aussi bien
urler d'action chimique,

é de l'épilepsie donne
ai pu contrôler à trois

est souvent incontestable,
as cette direction ; on a
ommettent, c'est-à-dire
niveau aux anciens pro-
n que le sel n'est pas
rovoquer les œdèmes, il
ires ou vasculaires. Il
lium acquérir une puis-
me est toujours baigné
blorure de sodium agit
- c'est l'observation de
a dolens suite de fièvre
t membre lésé disparut
ose veineuse. Il eut été
duction d'un œdème de

lique du reste, peut être considéré comme un organisme, car le sel, ainsi que Lesné admet une action antitoxique incontestable en même temps que le chlorure de sodium tendre qu'à l'état normal ; dans les mêmes conditions moins toxique. Il ne faudrait pas que l'action antitoxique proprement dite, c'est-à-dire est diminuée. Or, en cas d'insuffisance rénale, les substances extractives qu'il accumule du chlorure de sodium qui a comme effet de sécher les éléments organiques. Ce point de vue doit être que l'état œdémateux est très notablement artificielle d'une petite hydropisie locale ; même en regard de la grande amélioration résultant d'une désintoxication et non de la mécanique.

he d'erreur la plupart des travaux concernent la connaissance de la suppléance fonctionnelle de la dépurabilité urinaire, et pas du tout de la décharge effective. Or celle-ci peut être considérablement diminuée, comme l'observation d'Ambart, qui à la suite d'un puéril épisode de rétention chlorurée éliminer en un jour 10 g de chlorure par l'urine. On voit par là l'importance d

du régime, on a certainement exagéré considérer, dans un aliment, que sa teneur aide au régime lacté absolu, de façon à l'absence des matériaux d'élimination et à perturber le calme. Aujourd'hui on permet un régime hypochloruré. Le rein ne fait pas défaut, a dit von Noorden, et cependant identité chimique et identité biologique, 100 gr. d'albumine végétale à 100 gr. d'albumine animale, et, dans la dernière, 100 gr. d'albumine de blanc d'œuf à 100 gr. d'albumine de viande. Preuve en es- sence touchant la veine porte à la veine cave, et, en fait, constata que le régime carne devient

Tout ceci est évidemment exagéré, car il y a un état d'insuffisance; il est, pour employer un terme médical, atteint de claudication intermittente. On ne peut être hypochloruré, hypoazoté et restreindre la nourriture, la surcharge alimentaire et par suite la déchloruration. C'est bien de déchlorurer, mais cela est insuffisant. Il faut désintoxiquer et de décharger le rein.

reux de voir le traitement de l'épilepsie

une phase nouvelle. Il n'a jamais considéré le traitement chirurgical comme efficace et rappelle le souvenir de deux malades atteints d'épilepsie Jacksonnienne qu'il a opérés et présentés à la Société il y a quelques années, et chez lesquels l'opération a été suivie de récurrence.

M. BONJOUR a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un épileptique qui pendant plusieurs années avait pu prévenir la crise en se serrant le bras avec une ficelle; il s'agissait cependant d'une volumineuse tumeur cérébrale.

M. Roux présente :

1° Trois *appendices vermiciformes* enlevés dans la journée : l'un en apparence normal provenant d'un malade qui a présenté des crises très caractéristiques, avec exsudat, et montrant comment la guérison peut-être en apparence parfaite entre deux crises ; le second hypérémie, turgide, en érection, tandis que les plaintes du malade auraient pu faire douter de l'appendicite ; le troisième enlevé à un patient opéré déjà deux fois, hors du pays, pour le même motif !

2° Un jeune homme guéri après une laparotomie pour *rupture traumatique du foie*. Chute dans une maison en construction sur le bord d'un trou de cave. Douleur excessive dans la région du foie ; *rétraction* des parois abdominales ; matité en demi-lune dans le bas du ventre (hémorragie). Opération cinq heures après l'accident : incision sur la ligne blanche. Confirmation du diagnostic. Section du muscle droit en travers. Une longue déchirure de 12 cm sur le bord convexe du foie, oblique en haut et à droite à partir du bord droit de la vésicule biliaire, donne issue à une hémorragie parenchymateuse abondante ; près de la vésicule une artère jaillit activement. Sous le foie deux déchirures qui ont disséqué et séparé partiellement la vésicule de ses attaches hépatiques. Suture continue par le procédé de l'auteur, lequel consiste simplement à utiliser pour la chirurgie du foie une aiguille courbe assez fine, armée d'un fil de catgut double le plus gros possible pour cette aiguille. Le fil double bouche le trou de l'aiguille et assure ainsi l'hémostase, qui devient encore plus absolue à mesure que le catgut se gonfle dans la plaie ! Dans ce cas le diagnostic avait été posé dès l'arrivée du malade à l'Hôpital (confirmé par le Dr Decker, de Bex, présent à l'arrivée). Malgré un accroc sans rapport avec l'accident, le malade s'est guéri par première intention.

3° Une anse intestinale grêle, portant une tumeur unique probablement tuberculeuse, avec rétrécissement consécutif et hypertrophie du bout afférent, enlevée chez une malade observée avec MM. les prof. Bourget et Muret. Une seconde tumeur, du volume d'une orange, laissée dans l'abdomen, était formée par d'énormes ganglions caséux actuellement réduits des deux tiers. Le diagnostic de *tuberculose* fut posé malgré plusieurs épreuves négatives à la tuberculine faites à Berlin. L'anamnèse montrait la gêne au passage des aliments et permit de se rapprocher du diagnostic anatomique avant l'intervention. L'anse enlevée mesure environ 40 cm à cause de l'étendue du mésentère rendu rigide par

gionnaire impossible à enlever. L'abouchement terminoton de Murphey avec suture séro-séreuse a permis une guérison et la malade se remonte à vue d'œil.

d'une pièce constituée par une invagination chronique de l'intestin par un adénome pédiculé (elle est à l'Institut pathologique). On ouvrit chez le malade le boudin invaginé aussitôt après l'opération, on crut avoir trouvé la cause du mal. Pendant l'opération de Murphey, l'opération d'une simplicité idéale faisait un parcours par la chirurgie intestinale, mais l'opérateur trouva la multiplicité des adénomes ; au moment de refermer l'abouchement y jeter encore un discret coup d'œil. Il y avait deux invaginations semblables à la première, de nombreuses tumeurs flottantes dans le lumen du jéjunum non invaginé à cause de la fixité au rectum, plusieurs rétrécissements cicatriciels étendus aux invaginations déjà mentionnées, puis enfin, tout au bas de l'intestin, une quatrième invagination de même étendue, mais sur un intestin vide, flasque, misérable. Il fallut en finir par une anastomose haute du jéjunum (débarassé au préalable de quelques centimètres milieu de l'intestin grêle, après avoir excisé la tumeur) et une fraise qui provoquait la quatrième invagination ! Cette opération sera publiée *in extenso* avec les schémas nécessaires pour assurer l'évacuation antérieure probable d'une ou plusieurs de ces invaginations chroniques). Pendant les dix ou douze premiers jours après l'opération le malade semblait devoir guérir sans accroc. Mais il vivait encore, mais on craint pour le résultat final.

Prostate énucléée par la voie haute (procédé de Freyer). Le succès chez les chirurgiens suisses explique la nécessité d'utiliser la prostatectomie vulgaire ou la « langue de chat » de Kocher (*Kropfschnitt*) pour ouvrir la muqueuse vésicale sans hémorragie. L'opération est intéressante pour la galerie : deux doigts dans le rectum pour sentir la prostate, l'index de l'autre main dans la vessie ; c'est tout ce qu'on voit au moment où l'opérateur exhibe les deux moitiés de la prostate en général sur la ligne médiane. Le traitement post-opératoire dans le drainage, comme après la taille suspubienne, pour les premiers jours, puis dans les pansements à plat comme dans la prostatectomie pubienne des Lyonnais. Aucune réaction, le plus souvent, même chez les prostatiques infectés.

appelant une communication antérieure sur la prostatectomie également facile, conclut, à la faveur des statistiques plus nombreuses d'opérateurs étrangers, qu'une ère nouvelle est ouverte aux statistiques dont on ne dira bientôt plus comme avait coutume de dire son maître Kocher « *der Prostatiker stirbt an den Arzt* »... le succès du médecin. C'est ce qui explique encore aujourd'hui l'absence connue de ces malades.

demande quelles sont les indications qui feront conseiller la prostatectomie.

M. Roux est d'avis qu'il faut attendre que le prostatique, auquel la vie devient insupportable, la réclame.

M. VULLIET prend bonne note de cette réponse, en contradiction avec celle exprimée par d'autres chirurgiens qui prétendent que, si le pourcentage de la prostatectomie est encore mauvais, cela tient à ce que les malades n'ont pas été opérés assez tôt.

M. DIND recommande l'emploi des désinfectants urinaires (urotropine, helmitol, hétraline) lorsqu'on sonde un prostatique. Il recommande également l'emploi de la sonde à demeure qui procure à ces malades un soulagement notable, ainsi que l'introduction du doigt dans le rectum, pour soulever le col de la vessie dans le cathétérisme rétrograde.

Le Secrétaire : A. LASSUEUR.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 7 novembre 1904.

Présidence de M. GOETZ, président.

23 membres présents.

MM. Roch et G. Audeoud sont reçus membres de la Société.

MM. Gautier et Jeanneret sont réélus à l'unanimité délégués de la Société au Comité de la *Société médicale de la Suisse romande*.

M. PATRY communique un cas de *péritonite à pneumocoques* (paraîtra dans la *Revue*).

M. J.-L. REVERDIN : Pourquoi a-t-on fait l'incision médiane, alors que le diagnostic probable était celui de péritonite appendiculaire ?

M. PATRY : On pouvait s'attendre à une surprise, le diagnostic n'étant pas des plus certains.

M. MAILLART : Comment s'explique cette pneumonie post-opératoire attribuée en général au décubitus dorsal, puisque la malade a été placée en décubitus ventral. Cette position n'entrave-t-elle pas la respiration ?

M. PATRY : La malade n'est restée que 24 heures sur le ventre à cause de la dyspnée du début de la pneumonie.

M. Ed. CLAPARÈDE présente quelques observations sur les *signes objectifs de la psycho-névrose traumatique*.

On l'a prié d'examiner, en vue d'une expertise, un ouvrier se plaignant de dépression physique et mentale, à la suite d'un traumatisme. Il s'agissait d'indiquer si le plaignant présentait réellement des signes d'épuisement nerveux ou s'il simulait. M. Claparède a tenté d'abord de faire exécuter au sujet les épreuves de travail mental recommandées par l'école de Kræpelin, notamment par A. Gross (*Psychol. Arb.*, 1899) et tout récemment par (Specht, *Arch. f. Psychol.*, 1904). Ces testes sont fondés sur la fatigue provoquée par un certain nombre d'additions. Le malade en

ellect fruste
 ou de le se
 r sa fatigab
 rrespondait
 ais les épi
 areil qui n
 , tire consci
 us ce rappo
 si le sujet
 gogrammes
 en question
 eusement pe
 effectuées di
 lis que ce r
 eurasthéniq
 s causes d'er
 rable d'avoi
 les contrôl
 ont de poin
 érimenter (c
 ée) sur des
 e névrose ti
 , ou n'ayan
 ceux de sa
 rien vouloir

Le S

904 à l'Hôp

d. GERTZ, pi

8.

an homme
 énorme an
 l'atrophie
 spondant.

atteinte de
 onaires. tra

té depuis (

r une gangr
 reuse, anal
 ce qui expli

itement suivi.

traitement que le malade doit sa-
on. Le traitement a simplement
es (terpine, eucalyptol).

1. Le traitement a été le même,
1 malade.

briqués chez Leitz, à Wetzlar :

3 à 4 fois, pour faciliter les dis-

ster à l'extrémité inférieure du
trait au moyen d'une pointe de
lle de préparation microscopique
l de Pott qui a amené une para-
venir spasmodique et offre une
axe existe à gauche, mais manque
côté, car on peut observer à sa
gros orteil. Il faut ajouter que le
a produit un écrasement du pied
e. On peut se demander si cette
le cette anomalie du réflexe.

pylore opéré par un procédé un
stérostomie à cause de l'état pré-
dernière ont repris des forces,
ration fut très pénible à cause de
l'adhérences très multiples. C'est
alable que sont dues les difficultés

s opératoires dans un cas de ce
peu près favorable, surtout si les

s proposent de faire toujours la
donne des survies de plusieurs
z nombreux avec la gastrectomie
ans. En enlevant la tumeur en
iter une récidive ; c'est donc une
gastro-entérostomie, où la survie

la survie dépendent surtout du
neur. Les chirurgiens, dit-il, dé-
tés qu'ils sont par l'idée de l'opé-
en reviendra en quelque mesure.
externes que l'on peut observer
ues, l'opération est toujours trop
e et précipite la marche du mal
re dans les formes de moindre

tumeurs « intermédiaires » où le développement local et généralisations rares ou absentes, l'opération radicale n'a guère de succès, même si elle est relativement tardive.

qu'il doit en être de même pour les tumeurs des reins il est plus difficile de s'en rendre compte. M. Bard pense que cette séparation entre les formes très malignes et les formes bénignes est possible après quelque temps d'évolution. M. Bard est dominé par la dominante qui a inspiré son article récent sur le cancer de l'estomac (*Semaine médicale*, 24 août 1904). Il est frappé du nombre de cas, ou même à l'autopsie, le cancer est encore opérable par sa limitation et l'absence de généralisation. Pourquoi il pense que le champ de la gastrectomie partielle a s'étendre toujours davantage.

Il ne pense pas qu'on puisse fonder la conduite à tenir sur les généralisations, car on voit souvent celle-ci ne s'accuser que tardivement, ne il arrive dans les cas de longue survie après de nombreuses ré-anastomoses.

Il ne le fait de la transformation des tumeurs malignes à tumeurs malignes à marche rapide est aussi facile à constater que la transformation des tumeurs bénignes en malignes. Par l'étude des tumeurs à tissus multiples, il est arrivé à conclure, après bien des années, que cette malignité secondaire est due à la transformation d'une tumeur, c'est-à-dire que la seconde tumeur est la première comme elle eût pu le faire sur un organe sain. Pour l'exposé de cette manière de voir à son Traité de chirurgie et à la thèse de Trévoix sur les tumeurs multiples.

Le Secrétaire : Dr F. GUYOT.

BIBLIOGRAPHIE

BANZAT. — Chirurgie orthopédique; un vol. gr. in-8° 14 p. avec 489 fig. Paris 1904, Steinheil.

Sur le sujet le traitement des difformités congénitales ou acquises du membre moteur; ce traitement a pour but à la fois la res-tauration et le rétablissement de la fonction. Le chirurgien se propose d'obtenir la correction de la difformité, de rétablir la fonction et enfin de rendre aux organes, dont il a ré-tablir leur jeu normal en favorisant le retour de leurs fonctions. Pour cela il emploie les moyens suivants: les opérations, soit ma-joratives; les appareils, soit appliqués par le chirurgien.

lais ce n'est pas tout, et pour obtenir utiliser la gymnastique spécialisée et i concerne l'orthopédie, la gymnas-
anothérapie, l'électrisation, l'hydro-
ces agents de la cure orthopédique
s de chaque difformité, rien n'est
opédique dans ces divers domaines.
et comprendre, mieux encore que le
ppareils et la façon de les appliquer,
, les machines imaginées pour leur
ent dites. Le volume est uniquement
rmités et les auteurs ont volontaire-
rne la genèse de celles-ci ainsi que
tic; il est divisé en trois chapitres
la colonne vertébrale, les déviations
olis; le second des difformités des
e celles des membres inférieurs; ce
lus étendu, il comprend la moitié du
par la fréquence des difformités de ce
nt de vue fonctionnel et par le grand
lés appliqués à la cure des luxations
bols et des difformités du genou.
; renseignements utiles au praticien
médecine opératoire et de thérapeu-
tion de Paul Berger et Henri Hart-
déjà paru. J.-L. R.

anatomie pathologique. 1 vol in-8°
Paris 1904, Steinheil.

d'anatomie pathologique à la Faculté
aux étudiants, auxquels il est tout
brégé des connaissances nécessaires
u et au microscope, des lésions prin-
issions théoriques, l'expose des doc-
leur plus simple expression. La tech-
placé à la fin du volume sous forme
trois parties: La première est consa-
berculose, la troisième à l'étude des
r donne un résumé succinct d'histolo-
re pour comprendre l'histologie des
avail, l'impression en deux caractères
ecture les parties les plus importantes.
ie par M. Poulain et le plus souvent
sion du texte.



VARIÉTÉS

THÈSES DE GENÈVE ET DE LAUSANNE. — Voici la liste des thèses des écoles de médecine de Genève et Lausanne pour 1904.

Genève.

- André DUFOUR. Etude statistique et comparée sur le suicide, à la mort de Genève.
- Ernest BAYOIS. Un cas de grossesse avec persistance de l'hymen et lésion de l'urètre, conséquence du coït uréthro-vésical.
- Immo-Georgieff KOUROUNDJIEFF. Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la chaleur sèche en applications locales à quelques dermatoses.
- Désiré L'HUILLIER. Recherches anatomiques sur un sarcome primitif pénil du pancréas.
- Ernest BORTCHOFF. Contribution à l'étude des causes de l'ulcère rond lénal.
- Immo SAMAJA. Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques.
- Elia TOORTCHOFF. Les eaux minérales et thermales en Bulgarie.
- Assa-Cheva YONIS. Quelques cas de déviation conjuguée de la tête et des yeux de sens paradoxal.
- François DORET. Recherches expérimentales sur la virulence du bacille.
- Théodora ZLATEVA. Contribution à l'étude d'un cas de mort subite par lésion des artères coronaires.
- Elisabeth ISSERSON. Recherches anatomiques sur la tuberculose caséuse biliaire des capsules surrénales.
- Charles YERSIN. Considérations sur les hémoptysies.
- Émile LAZARIS. De l'ostéomalacie à forme nerveuse.
- Vladimir BECHKOFF. Etude comparative de la valeur hygiénique de quelques planches agglomérées à base de bois.
- Théodoric SUTER. Über einen autochthonen Paraurethralstein aus phosphorsaurer Ammoniak-magnesia.
- Alfred DE PEYER. Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez la femme.
- Charles BERTHERAT. Etude expérimentale de l'action cardio-vasculaire des solutions hypotoniques.
- Théodoric RILLIET. De la mesure clinique de la pression sanguine.
- Joseph FERRONI. De l'influence du pétrolage et du gondronnage des terres sur la perméabilité et sur les fonctions biologiques du sol.
- Abraham PERLEMANN. Contribution à l'étude du vanadium au point de vue thérapeutique et clinique.
- Emétrius PACEANTONI. Etude pharmacodynamique sur la subentine.
- Pierre ANDRÉEFF. Les résultats du traitement des fractures ouvertes traitées par la méthode aseptico-antiseptique.
- Anna OUSPENSKI. Influence de la cocaïne sur la reprise des greffes osseuses.
- Constantin OUSPENSKI. Résistance des microbes dans quelques produits alimentaires à base de sucre.
- Necian ISSAILOVITCH. Explication de la syncope primitive dans la proformisation.
- Marie KUCHARZEWSKA. Influence de la température sur la vitalité du thyroïdien séparé de l'organisme.

Elisabeth HALIFF. La catalase dans les tissus de différentes espèces animales.

Akil MOUMKTAR. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale à forme prolongée.

Charles FAUCONNET. Über Magen und Darmthätigkeit bei Diabet mellitus.

Mélanie LINZ. Un cas de fracture du crâne, accident ou crime.

Georges CASPARI. Les injections sous-cutanées d'eau salée chez les tuberculeux. Leur valeur diagnostique.

Walther STEINBISS. Über einen seltenen Fall transitorischer Bewusstseinsstörung.

Charles BOHEL. Contribution à l'étude du diagnostic des ruptures intestinales par traumatismes.

Lausanne (année, 1903-1904).

Mlle BREILOWSKI. Aperçu historique sur le placenta praevia.

Mlle SUSSMANN. Contribution à la chirurgie des annexes.

GARIN. Deux cas rares de luxation du pied.

REINHOLD. Trois cas d'affections rares du poumon.

SCHWETZ. Chylangiome kystique du mésentère.

PREISIG. Le noyau rouge et le pédoncule cérébelleux supérieur.

Mlle ISDERSKY. Curetage de l'utérus et stérilité.

Mlle TRACHTENBERG. Klinische Beobachtungen über weibliche Genorrhoe.

Mme MALEFF. Contribution à l'étude de la structure du col utérin.

PILZ. Contribution à l'étude de la dissociation de la sensibilité douloureuse et thermique dans les cas de traumatismes et d'affections de moelle épinière.

Mlle GORODNAUSKAÏA. L'opération césarienne.

CHIKINTZISSE. La perforation utérine dans le curetage.

MARULLAZ. Deux cas de tumeurs primitives du vagin.

Mlle SILBERSCHATZ. Contribution à l'étude de la dysménorrhée.

ZUBLIN. Blessures de la sous-clavière.

TOURFF. Empoisonnement des nerfs moteurs par le curare.

Mlle FEYLER. Rétraction de l'aponévrose palmaire. Maladie de Dupuytren. Traitement par l'autoplastie.

PILPOUL. Cellules et terminaisons nerveuses de l'organe gustatif de grenouille.

UN JUBILÉ CINQUANTENAIRE. — Le 23 décembre dernier, M. le GUILLAUME, de Neuchâtel, l'excellent directeur du Bureau fédéral statistique, à Berne, célébrait le cinquantième anniversaire du jour où il reçut, de la Faculté de médecine de Zurich, le bonnet de docteur, et la présentation d'une thèse traitant du diabète. Dans une modeste cérémonie, tout intime, organisée par ses amis, la Faculté de médecine Zurich a renouvelé à son ancien élève son diplôme de docteur, tant que la Faculté de droit de l'Université de Berne lui faisait remettre diplôme de docteur *honoris causa* et la Société d'hygiène scientifique Zurich celui de membre honoraire. En même temps le jubilaire recevait les félicitations de la Faculté de médecine de Berne, de la Commission médicale suisse, des sociétés médicales bernoises et du Conseil fédéral. Les orateurs qui ont pris la parole à cette occasion ont rappelé les grands mérites que M. Guillaume s'est acquis dans les divers domaines où s'est exercée sa multiple activité; ils ont dit tout ce que lui devaient la réforme du régime pénitentiaire, le patronage des détenus libérés, dont il fut l'

hygiène et tout particulièrement l'hygiène scolaire qu'il a tiré de toutes pièces et dont il a posé les bases dans son manuel, aujourd'hui classique, la statistique enfin, dont il a fait une science de prédilection et qui lui est redevable de nombreux perfectionnements.

Je ne nous permette de joindre nos bien sincères félicitations qu'il a reçues et de lui souhaiter de nombreuses et fécondes activités.

M. le Dr JENTZER, professeur à la Faculté de médecine romane par le gouvernement français au grade d'officier de la Légion d'honneur.

STATISTIQUES EN MÉDECINE DE LA SUISSE

Semestre d'été 1904

SUISSES				ÉTRANGERS		TOTAL
du canton		d'autres cantons				
Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	
44	2	64	3	15	01	129
63	..	68	2	56	403	594
28	2	51	1	65	141	284
30	2	42	..	31	221	326
49	11	113	4	47	163	387
TOTAL...						1724

Berne, 12 auditeurs (dont 4 dames). Genève, 29 auditeurs; 22 élèves (dont 1 dame) et 2 auditeurs (dont 1 dame). Lausanne, 2 auditeurs (dont 1 dame). Zurich, 15 auditeurs et 17 élèves (dont 1 dame) de l'École dentaire.

DES MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en Décembre 1904.

myne, fr. 20. (20+805=825).

hr, fr. 10. (10+1050=1060).

ber, prof. fr. 30; A. D'Espine, prof. 20; Prevost, prof. 10).

ster, fr. 20. (20+240=260)

été des médecins Werdbühla, par le Dr Winterhalter, 30=390).

h, fr. 20. (10+30=50).

lucher, fr. 20; F. Ris, fr. 10; J. Halperin, fr. 15; A. 0. (65+1220=1285).

Dons précédents de 1904, fr. 11,298,70. Total fr. 11,608,70. Fondation Burchhardt-Baader.

ost, prof. fr. 25.

1904, fr. 205. Total fr. 230.

re 1904.

Le Caissier : Dr P. VON DER MÜHLE,
Aeschengraben, 20

- Société générale d'imprimerie, Pépissier, 18.

comprimé, verni; sa cavité est creuse avec cloison mculot est perforé d'un petit trou qui permet aux gaz de pénétrer dans cette cavité close et de la faire éclater. La charge de poudre est de 1 gr. 25 à 1 gr. 30. La vitesse est de 700 m. environ (Commandant Journée).

A la suite de tirs sur des courges, des planches de sapin et des cibles de carton épais, Bonnette est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Aux faibles distances, de 1 à 15 cm, la déflagration de la poudre de ces cartouches à fausses balles produit l'effet d'un véritable projectile-air (orifice d'entrée circulaire).

2° La gerbe des gaz bien groupée jusqu'à 15 cm environ, va dès lors en s'élargissant et en perdant rapidement de sa force de pénétration.

3° La profondeur des perforations produites sur les diverses cibles est inversement proportionnelle à la distance de la bouche de l'arme.

4° Entre 30 et 40 cm, il y a une véritable ligne de démarcation entre l'action perforante centrale et l'action contondante qui la remplace et qui est caractérisée par un semis de perforations parcellaires isolées et d'autant moins groupées que la bouche du canon s'éloigne davantage de la cible. »

La cartouche d'exercice suisse, modèle 1889, est munie d'un bouchon conique de bois de tilleul long de 3 cm, large de 5 mm., creux sur une longueur de 25 mm. et simule une vraie balle. La charge est de gr. 0,77 de poudre blanche. Ces bouchons de bois ont été adoptés pour que le « magasin à répétition » fonctionne normalement.

Le Dr W. Henne a rapporté dans sa thèse un certain nombre d'accidents consignés dans les archives du médecin en chef de l'armée suisse, de 1891 à 1898. Tous ces accidents dus aux cartouches à balles de bois du fusil d'ordonnance, ont nécessité des traitements à l'hôpital d'une durée variant de huit jours à quatre mois.

Deux fois l'accident fut suivi de la perte de l'œil, une fois d'invalidité permanente, d'autres fois de la diminution de la capacité de travail des deux tiers, d'incapacité ou de gêne fonctionnelle des bras, des mains et des pieds, à la suite de fractures ou de luxations des os métacarpiens, etc.

En se fondant sur les conséquences de ces accidents et sur le résultat d'expériences de tir sur des cadavres et des morceaux

1 cartouche d'exercice suisse est
distance de 5 mètres.

de l'Assurance militaire fédérale
res à illustrer la marche, la gra-
duites par les cartouches à balles
oyenne une douzaine par an et
pas eu de décès à déplorer en

'un camarade placé à environ 1 m.
lanc dans la région des neuvième et
ice d'entrée rond, ressemblant à celui
a modérée. B. se plaint de violentes
dans la région du foie. Séjour au lit de
alheureusement plus de notes sur le
nal fut une diminution de capacité de
é de 2000 fr. et une rente viagère de

lles de bois sont restées logées dans
rs soit spontanées soit à la pression.

e cas dans les registres de l'assurance

ipulait son fusil pour le nettoyer, la
avre une plaie contuse du bras néces-
hôpital.

re un coup de fusil avec cartouche à
is l'œil droit. *Enucléation de l'œil.*

oup de feu au visage à la distance de
s renfermant plusieurs éclats de bois.
ois.

au pied gauche en nettoyant son fusil.
lier et atteignit les second et troisième
ès l'accident, on dut extraire plusieurs

juillet un coup de feu avec cartouche
Bourdonnements d'oreille, surdité par-
d de B., on y constate un gonflement
ncle et une dépression du tympan.

à l'index droit par une cartouche à
présentant une large plaie suppurante
s et recouverts de bourgeons de mau-

s vulnérants des
on, étudiées par
en bois, qui jus-
ntale.

s avons fait une
ts suivants :

vice suisse com-
étude comprend
ercher les effets
e, puis des expé-
fets mécaniques

e à fausse balle
et à l'infection

LA CARTOUCHE
: BOIS.

n.

euron, qui après
poursuivre ; il a
qu'il a exécutés

centrale à bords
an halo gris-noi-
ne de 6 cm. de
criblé de grains
10).

'un diamètre de
etés ; dans leur
quantité de fins
lèvement consu-
plus large de la

e. Les débris de
10 cm. de dia-

que les plus gros
restent enchas-

sés dans le carton en produisant une voussure : zone touchée a un diamètre de 12 cm.

A 30 cm., ce ne sont encore que quatre à cinq g parviennent à percer le carton au centre de la z tandis que les plus petits, beaucoup moins nomb les autres cibles, ne font qu'une empreinte super touchée 14 cm.

A 40 cm., un seul éclat a traversé la cible de Quelques éclats ont fait une voussure très nette carton, d'autres ne le perforent que partiellement.

A 50 cm., le carton présente encore une perfor pendant à un éclat. Les éclats frappent à plat e nent que des perforations incomplètes. Très peu de arrivent à la cible. Elargissement de la zone t 16 cm. Les gros éclats mesurent de 2,5 à 3 cm. d 3 mm. d'épaisseur.

A 60 cm., le carton est perforé par trois éclat pointe. Les gros éclats n'occasionnent des voussur du carton.

A 75 cm., un gros éclat de 2 cm. de long est inc carton, un autre a traversé; les petits éclats n' carton que superficiellement.

A 1 mètre, cinq gros éclats sont encore impla carton sur un diamètre de 20 cm.

A 1 m. 50, un seul éclat est fixé dans le carton en outre cinq empreintes plus ou moins profonde 2 cm.; la zone touchée atteint 30 cm.

A 2 m., mêmes effets qu'à la cible précédente.

En comparant ces résultats avec ceux de Bon qu'il n'y a pas de différences essentielles entre le françaises et suisses, sauf qu'aux distances de 1 effets des premières sont plus énergiques, ce qui s la plus forte charge de poudre (1 gr. 25 à 1 gr. : touche d'exercice française. Il résulte d'une comm Bonnette que la poudre française a une composit granulée, qui produit un effet brisant très puis prime aux gaz et aux débris de carton une vitess environ.

De 15 à 40 cm., Bonnette obtient une zone de c nous n'avons pas observée, non plus que les lésio d'entonnoir.

ec les deux espèces de cartou-
s disséminées.

Bonnette n'a plus noté d'em-
carton, la cartouche d'exercice
des éclats de bois.

morceaux de savon.

rent aussi très nettement les
différentes distances (m. 0,05,

en entonnoir large de 1,5 cm.,
déflagration de la poudre est
ure du bloc on voit une déchir-
m. de largeur.

profond de 2 cm., et large de
ré de cinq petits trous. Multi-

s profonds de 1,5 cm.; la sur-
s trous et d'éclats.

gros éclats de bois de 2,5 cm.
le savon à une profondeur de
éclats ont produit des impres-
otographies, Pl. II, n°s 11-14).

sur l'argile.

es effets de pression latérale
uisaient aussi avec les cartou-

r des cibles d'argile de 30 cm.
eur. Deux coups ont été tirés
s du fusil d'ordonnance suisse
sédant une vitesse initiale de
iré avec une cartouche dont la
à 300 m., également à la dis-

6) permettent bien de se ren-
À l'orifice de sortie (21 cm. de
argissement en cône dû à la
gment d'argile pesant 950 gr.
de 1 m. de distance.

sentées Pl. II, fig. 17 et 18 de *cartouches de bois* plus la distance de 50 cm. et 1., on voit des dépressions produites par la pression de nombreux éclats de bois. Dans les grandes cavités on en voit 1. Les éclats de bois incrustés partout on ne voit des traces de l'appel du grand nombre d'action que créent les lésions pulmonaires, Pl. II, n° 15-18).

Expériences sur les lapins.

attaché sur une planche recouverte de coins; il était maintenu d'un vis les deux pattes de derrière destinée à servir de cible fixée dans le sol.

tant d'éviter de blesser le lapin tombant dans l'espace de la cavité artère et au bout d'un ou deux jours. Pour éviter autant que possible on a fait sur un chevalet construit pour rendre plus sûrement le gros intestin.

Les cartouches d'exercice, n'ont pas de microbes dans du bouillon de viande pendant plusieurs heures, mais elles pénètrent dans la profondeur de

8 (Lapins). — *Projectile non in,*

5 cm. Tir le 10 juin.

Le 6 cm. de diamètre, profond de 10 cm. est très déchiquetée, renferme de nombreux éclats de bois. Les éclats ont 2 cm. de long et 3 mm. de diamètre. On a remarqué de fins débris de bois. Le 16 juin de pleuro-pneumonie avec une plaie très anfractueuse et un épanchement du membre. Épanchement

Staphylocoques aureus et des
et pleurétique.

n.
et 1,5 de profondeur. La peau
t brûlée à cinq places. Le 19
rare le 27 juin.

n.
e diamètre, profond de 1 cm.,
is dans une zone de 12 cm.
rs.

in.
une étendue de 5 cm. ; plus de
is d'un demi à 1 cm. de long
ux débris de bois plus petits
le 15 cm. de diamètre.
épais de 2^{mm} se sont en outre
e sur laquelle le lapin était
effort pour les arracher avec
me eschare.

s implantés; zone d'éparpille-
rs.

dans la peau du scrotum. Trou-
che de chêne. Les poils sont
a cartouche de bois.

e qu'à 1 m. et surtout à
nt encore et s'implantent
atre lapins ont tous guéri
t de pneumonie.

'EXERCICE A FAUSSE BALLE
uisse).

irtout porté sur les effets
ion, échauffement) et ce
logie est venue nous ren-
tion par le transport du

le les projectiles pouvaient
aux de Lagarde, Habart,

Tavel, de M^{re} Putoschkin ont prouvé que les balles ament infectées contaminaient sans exception leur trajet.

Pour que l'infection se produise, il ne suffit pas que les germes soient introduits dans une plaie; l'infection est un phénomène plus compliqué et résultant du concours de plusieurs facteurs: état de résistance du terrain, quantité de germes, leur degré de virulence plus ou moins grand, etc.

Ces facteurs de l'infection par de vraies balles ont été étudiés dans de plusieurs travaux à l'Institut bactériologique de Berlin.

Th. Probst a montré que le traumatisme spécial par le feu constitue une *lésion qui affaiblit la résistance des tissus* à une mesure bien plus considérable qu'une incision faite avec un instrument tranchant.

D'après M^{re} Putoschkin, le projectile s'infecte en passant par une étoffe infectée et l'échauffement de la balle, après un « feu de magasin », ne suffit pas pour tuer les microbes.

Les expériences de Dun ont élucidé les conditions qui influencent la résistance des tissus et cet auteur nomme les lésions qui en résultent « lésion-infection ».

Il a étudié : a) l'influence des corps étrangers; b) l'influence combinée d'un corps étranger associé à un irritant; c) l'influence du nombre des microorganismes et cette étude a démontré que, la virulence restant la même pour une dose donnée :

- 1° un *grand nombre* de microbes produit un abcès;
- 2° un nombre inférieur ne produit que de l'hyperhémie et l'inflammation;
- 3° une quantité encore plus petite ne produit pas de réaction;
- 4° enfin une quantité de microbes, insuffisante pour produire à elle seule une réaction dans un tissu normal, produit une réaction lorsque la résistance du tissu était amoindrie par des irritants mécaniques, thermiques ou chimiques.

Les travaux de Dorst et de Strick ont montré que la formation d'un *hématome* crée des conditions favorables au développement des staphylocoques. L'hématome, cette complication des plaies par armes à feu, augmente le coefficient de « position » dans la proportion de 1 : 24. 1 : 100 et 1 : 1000 suivant les microbes (Tavel).

Kocher a prouvé que si l'on transporte des germes fixés sur un fil dans une blessure, on n'infecte pas le tissu.

entané et l'inoculation, mais on y
 ur duquel les germes trouvent des
 développement. Les microbes sont
 corps étranger contre l'action des
 eurs et ils y sont nourris par l'im-
 a plaie. On trouve là les conditions
 e infection durable et progressive
 : *par implantation*. Kocher attribue
 e à la présence de corps étrangers
 ction ; or les fausses balles de bois,
 ombre d'éclats, constituent des con-
 breuses sources d'infection.

ie la vitalité du milieu infecté est
 écanique subie par les muscles ; le
 ie le rôle de bouillon de culture.

sur le rôle des *microbes favorisants*,
 engendrent des lésions locales dimi-
 s tissus. Si, grâce à l'antisepsie, le
 dication plus rare des traumatismes,
 tances antiseptiques détruisent les
 ont moins résistants.

sort des expériences de Probst qu'il
 ne plaie par arme à feu d'y intro-
 ènes, mais que ces germes doivent
virulence.

et de M^{re} Putoschkin ont montré que
 fait non seulement le long du trajet
 mais aussi dans la profondeur de
 servé des fentes radiaires partant du
 lles les germes se développaient.

que la pression latérale projette
 les entraînées par le projectile. La
 ismes présente un retard sur celle
 ent dans le même milieu inoculé.

larlinski des particules de vêtements
 iement dans un bloc de gélatine jus-
 balle.

temps que les plaies par armes à feu
 à l'infection *tétanique* (Strick et
 nalait quatre cas de tétanos consé-
blanc et de 1888 à 1896 Deubler

assemblé
à blanc da
s de Nico
s de cart
accidente
es se trou

issent dar
ar imbibi
rnisent :

d'exercice
ie au sublin

— *Pyocyane*
ère de 5 c
ois ; format
ique et staj

— *Tétanos*.
izaine de ti
dans les
vation de q
plaie étai
istence du s

— *Tétanos*
stée, à côté
dans les m
écollée dan
ppure. Qual
tétaniques,
lapin est c

— *Pyocyn*
2,5 cm. de
ongueur de
e au bout
ultures fon
et la rate.

— *Staphyl*
ir, profond

éclats de bois, décolle-
nt de onze jours. Toute-
nt des staphylocoques,
g et de la rate ont pré-

trouve la moitié de la
bois longs de 2 cm. et
ire trois semaines, mais
avons pas retrouvé le

Infection de la plaie.

e 23 juin.

m., anfractueuse, nom-
es muscles qui renfer-
s symptômes tétaniques.
et le sang. *B. coli* dans
s de ce liquide.

Reus.

trajets latéraux; cinq
lancés dans les muscles.
oedémateux jusqu'à sa
lapin succombe au bout

Reus.

des, éclats de bois dans
le la diarrhée pendant
re en douze jours.

es d'éclats de bois; dans
mm. d'épaisseur. Deux
ateuse de tout le mem-
l'animal ait présenté de

gros éclats de bois im-
fémur Mort deux jours
actueuse renfermant des
es à la périphérie. Plu-
s. — *Cultures: Pyocya-*
dans la rate.

Exp. VI. — *Distance 25 cm. — Terre de jardin.*

Plaie de 4 cm. en entonnoir. Malheureusement le fémur fut aussi fracturé et l'animal succomba dans la soirée.

Le lapin de l'Exp. I est mort d'une pleurésie purulente sept jours après le tir et sans avoir présenté de symptômes tétaniques, de même celui de l'Exp. IV au bout de dix-sept jours sans tétanos.

IV^e SÉRIE (Lapins). — *Balles infectées. La cuisse a été rasée, savonnée et lavée au sublimé 1 ‰.*

Exp. I. — *Distance 35 cm. — Pyocyaneus.*

La cuisse du lapin présente deux plaies cavitaires l'une de 3,5 cm. de diamètre, profonde de 1,5 cm., l'autre de 2 cm. de diamètre. Nombreux éclats implantés dans les muscles. Au bout de quarante-huit heures il se produit un abcès qui ne renferme que les germes ordinaires de la suppuration. Guérison en dix jours.

Exp. II. — *Distance 40 cm. — Staphylococcus aureus.*

Une plaie déchiquetée de 1,5 cm. de diamètre, profonde de 5 mm.; quatre trous dans la peau environnante. Deux grands éclats de 2 cm. de longueur. Abcès guéri sous une eschare en douze jours.

Exp. III. — *Distance 40 cm. — Tétanos.*

Plaie de 4 cm. de diamètre, profonde de 2 cm., peau de la cuisse décollée jusqu'à l'abdomen; violente hémorragie; plusieurs éclats dans les muscles dont l'un est coupé en deux. Abcès. Des contractions tétaniques se manifestent au bout de quarante-huit heures et amènent la mort au bout de cinq jours. L'extrémité est en hyperextension. Toute la cuisse est transformée en un vaste abcès (*pyocyaneus* et microbes de la putréfaction). Organes sains. Les cultures du sang et de la plaie ont surtout produit des *pyocyaneus*.

Exp. IV. — *Distance 40 cm. — Tétanos.*

Plaie irrégulière de 4 cm., 1 cm. de profondeur, muscles déchirés; nombreux éclats de bois implantés soit dans les muscles, soit dans la planche de bois de chêne à laquelle le lapin est attaché. Symptômes tétaniques dès le lendemain et mort trois jours après le tir.

Dans le pus de la plaie nous avons trouvé outre le *pyocyaneus* quelques bacilles de Nicolaïer. Cultures sang, rate et plaie: *pyocyaneus*.

Dans cette série les plaies étaient plus vastes, plus irrégulières, lors même que la distance était plus grande, parce que la cuisse rasée était privée de la couche protectrice des poils. Remarquons qu'à 40 cm. les muscles de la cuisse ont été coupés en deux.

En regardant ces plaies criblées de petits trous on pense immédiatement aux nombreuses portes d'entrée pour l'infection créées par ces trous.

de l'influence spéciale de la
exercice sur la production de
aux plaies par instruments
s fait dans la V^e Série.

ument tranchant suivies de l'im-
tifiéciellement. Les plaies n'ont pas

s de la cuisse avec des pyocyanus.
de huit jours et sans que le lapin

lococcus aureus. Tuméfaction de la
it de trois jours de pneumonie.
sang, le péricarde, le poumon et

meus. Guérison au bout de huit

mos. Guérison sans que l'on ait
e du 10 juin jusqu'au 6 juillet.

yllococcus aureus. Il se produit un
en huit jours.

monie, se sont guéris en huit à dix
petit abcès s'est guéri sous une
général.

IONS

rtouches à fausses balles sont
1,50 à 2 mètres.

effets variables quant à l'éten-
ce qui peut s'expliquer par
sécheresse ou d'âge du bois

e bois ne produisent pas de

une fois contaminées par des
du transport de ceux-ci.

un instrument tranchant est
tion par la cartouche à balle

5° Les *balles de bois* sont au point de vue de l'infection dangereuses que le projectile de guerre, parce qu'elles produisent pas la lésion spécifique due à la pression latérale, elles sont *plus dangereuses à cause des portes d'entrée plus breuses et plus irrégulières qu'elles entraînent à leur suite.*

6° Il est urgent d'attirer l'attention de la troupe sur les vulnérants, parfois même mortels, de ces cartouches d'ex tirées à courte distances ainsi que cela se produit souvent les combats de nuit.

7° Il serait hautement désirable que la fausse balle fût quée avec une substance qui se volatilise réellement à la de l'arme et non pas seulement théoriquement, comme le faire celle de bois adoptée dans notre armée.

En terminant nous adressons nos plus vifs remerciements M. le prof. Tavel notre maître et ami qui nous a constamment aidé de ses conseils éclairés, ainsi qu'à MM. les D^{rs} Krueller et Carini, assistants de l'Institut bactériologique, pour les directions pratiques qu'ils nous ont si aimablement données.

Nous exprimons aussi toute notre gratitude à M. le Dr Gehring, directeur de l'assurance militaire fédérale, qui nous a mis ses archives à notre disposition avec la plus extrême obligeance.

Berne, janvier 1905.

BIBLIOGRAPHIE

- E. TAVEL. Recherches expérimentales sur l'infection des plaies produites par le feu. *Revue de Chirurgie*, 1889, N° 12.
 NIMIER. De l'infection en chirurgie d'armée. Paris, 1900, F. Alcan.
 DORST. *Thèse de Berne*, 1895.
 BONNETTE, Méd.-Major. Effets vulnérants des cartouches à fausse balle. Paris, 1902, Vve Rozier.
 W. HENNE. Die Schussverletzungen durch die schweizerischen Gewehre. *Thèse de Bale*, 1900.
 PROBST. Recherches sur l'infection des plaies par armes à feu, *T. Berne*, 1896.
 F. STRICK. Die Tetanusinfection bei Kaninchen, *Thèse de Bern*.
 M^{lle} PUSTOSCHKIN. Versuche über Infection der Geschosse, *T. Berne*, 1895.
 MESMER. Gesammelte Abhandlungen, bacteriologischen, anatomischen und chirurgischen Inhalts. Munich, 1891.
 KARLINSKI. Zur Kleinkaliberfrage. *Centralbl. für Bakteriolog.*, T. 1, N° 45, 1895.
 LAQARDE. *New-York med. Journ.*, 22 nov. 1892.
 DUN. The conditions interfering with the healing of wounds. *Edinburgh med. Journ.*, 1895, Oliver and Boyd.
 KOCHER. Zur Lehre von den Schusswunden durch Kleinkaliberge wehre. Cassel, 1895, Th.-G. Fischer u. C^{ie}.

ression du sang sur les de la pupille.

Maurice ROCH.

ulté de médecine de Genève

(l'Université de Genève, prof. BARD.)

ments de l'iris sont produits par
s fibres radiées — élastiques ou
— commandés par des faisceaux
nmun et du sympathique. Il est
x de l'iris jouent aussi un rôle
e.

voies nerveuses apportant des
a' ajoute : « Enfin la pupille se
anguins de l'iris se congestion-
artériel ou de sang veineux. Ce
mécanique et résulte du gonfle-
son rayon et aux dépens de son
la pupille se dilate quand les
lu nouveau sang artériel vienne
r les veines. Ces conditions sont
mie générale que dans l'anémie
laire aide manifestement à pro-
e l'iris. »

phincter irien par Maunoir, de
cation des mouvements de l'iris
d'Aquapendente, Haller, Bichat,

s découvertes en anatomie et en
sé l'action myotique de l'oculo-
ydriatique du sympathique, cette
ètement laissée de côté.

li injecte de l'huile colorée dans
lit ainsi la contraction de la pu-
remière qui remette sérieusement
ire trop abandonnée. Caddi en
ètent avec quelques variantes.

opédie française d'ophtalmologie de

855 aussi, rapporte à l'Académie des Sciences du sang veineux dans la tête produisit nos expériences un rétrécissement de la pupille. L'augmentation du cours normal produisit des effets

869, Schoelcher observe la dilatation pupillaire chez un animal mort saigné, tandis qu'il voit l'orifice de section de sang défibriné dans le système circulaire de la carotide amène le même effet que la section de la carotide. L'augmentation poussée dans l'œil produit la mydriase semblable à celle de celui de l'injection intravasculaire. Il est frappé de ce que, même après la section de la carotide, on puisse encore provoquer la contraction et un afflux sanguin.

Communication à l'Académie des sciences, signifiée : « Expériences prouvant qu'un simple saignement de la tête peut être suivi d'effets comparables à ceux du grand sympathique au cou », Brownie, en suspendant un animal par les pattes de derrière, observe chez lui un myosis très net.

Il obtient sur lui le même résultat en restant longtemps incliné la tête en bas. Il l'attribue à la contraction des muscles de l'iris.

Il veut montrer que la cause de l'inégalité des pupilles dans les épilepsies thoraciques réside dans une différence de tension sanguine. Wall et Walker ont expérimenté chez l'homme, obtenant la mydriase unilatérale en comprimant la carotide chez le premier, par simple compression chez le second. Ils ont aussi obtenu le myosis par la compression des artères carotides. Ces résultats étaient attendus, car Waller avait déjà montré la disposition en spirale des vaisseaux de l'iris, disposition rappelant de la mécanique celle du manomètre de Bourdon. Il soutient aussi vigoureusement la théorie vasculaire, et a fait un iris artificiel composé d'un tube enroulé entre deux cercles concentriques. Le cercle extérieur est maintenu fixe, une injection poussée dans le tube dilate le diamètre du cercle intérieur.

Une expérience très caractéristique faite chez les chiens. Cet auteur sectionne le sympathique au cou. L'iris qui avait 7 mm. de diamètre se contracte immé-

re de 5 mm. L'excitation électro-sympathique amène une dilatation quant la ligature de la veine jugulaire produit un myosis considérable, que 2 mm. Cela n'empêche pas de provoquer comme auparavant on pourrait concevoir une démonstration des vaisseaux sur l'iris, de leur muscles de cet organe.

qu'admettre l'action de la turgescence des vaisseaux de l'iris sur les dimensions pupillaires; nier l'action des muscles iriens. Graefe et ses élèves paraissent jouer à la vaso-constriction le rôle pupillaire.

En l'état actuel des connaissances anatomiques sur l'iris et sur les vaisseaux, les muscles, on ne peut que se ranger à une opinion qui considère les mouvements actifs musculaires sous l'influence du système nerveux, cette opinion, grâce à ses nombreux et torquables arguments passifs, dépendant de sa

relations pupillaires en relation avec les vaisseaux iriens sont en général plus étendues que les variations pupillaires voient ordinairement. Nous en avons plusieurs cas très nets dans notre collection que de plus amples développements des notes bibliographiques qui s'y rapportent.

Il est à noter comme certain que les variations de la tension sanguine modifient le diamètre pupillaire de façon très appréciable. Maintenant, quelle est l'influence des dimensions moyennes de la tension du sang? La pression intra-oculaire indépendante de la pression atmosphérique tend à se maintenir entre 20 et

De l'influence de la respiration sur les pupilles 1903.

80 mm. de Hg, il est à prévoir que cette relation démontrable par nos procédés de mensuration sera utile au médecin praticien en lui permettant une pression faible dans les cas de mydriase, une pression forte dans les cas de myosis? C'est à ces questions que nous tentons de donner une réponse.

Nos recherches ont porté sur 50 femmes en l'Hôpital cantonal de Genève dans le service de Bard. Nous avons mesuré la pression artérielle avec l'appareil de Chéron et la pression artériocapillaire avec l'appareil de Gaertner, en nous guidant pour ces instruments sur la thèse de notre ami Rilliet que nous donnons exprimant la pression en mm. de mercure.

Les dimensions de la pupille ont été établies par une filière graduée au tiers de millimètre et sont donc à diviser par trois pour donner en millimètre pupillaire. Ils correspondent, si l'on veut, au tiers du diamètre du bord interne de l'iris.

Toutes les mesures ont été faites à la suite des autres chez chaque malade. Nous avons opéré en matinée et midi, choisissant des jours sans soleil, les malades au lit et fixant un point du plafond à 5 m. environ. Nous ne prétendons pas avoir éliminé ainsi toutes les erreurs accidentelles, mais celles-ci doivent se compenser les unes les autres dans les moyennes.

Ajoutons que nous avons examiné les malades successivement à la file en ne faisant exception que pour les moribondes. De plus nous nous sommes absolument débarrassés de toute auto-suggestion — facteur qui peut jouer un rôle considérable dans des mensurations aussi subjectives — en enregistrant nos résultats parfaitement machinalement, en ne les compulsant qu'après les avoir notés. Ici aussi les erreurs provenant de l'opérateur doivent se compenser les unes les autres.

Voici comment nous avons interrogé nos observations en divisant les pressions en haute, moyenne et basse et en calculant quelle était la grandeur pupillaire moyenne correspondante.

¹ Frédéric RILLIET. De la mesure clinique de la pression artérielle. Thèse de Genève 1904.

classement des pressions nous
par Ri.riet.

Chéron	80 et plus
—	70 à 80
—	moins de 70
Gaertner	140 et plus
le —	120 à 140
—	moins de 120 ¹

is pupillaires correspondant à

<i>Pression artério-cap.</i>	<i>Pupilles</i>
Basse	10,5
Moyenne	9,8
Haute	9,3

érences minimales, mais, si l'on
moyennes de 50 observations
ut leur dénier une certaine

s'impose. En examinant nos
sommes vite rendu compte
de l'iris n'étaient pas tout
pupille. Il existe un troisième
aper : l'âge du sujet. Par la

ances de pression ou de dimension
é gauche, nous avons simplement
s. Ce faisant, nous avons constaté
dre, 12 fois la pression artérielle la
plus petite, 3 fois c'étant le con-
s de pression notable. Pour la pres-
était du côté de la plus forte ten-
n'y avait pas de différence de pres-
ou la concordance entre pression

	<i>droite</i>	<i>gauche.</i>
	16	14
	45	55
ner	95	125

sclérose du tissu conjonctif, le durcissement des épithéliums (Schadow, Michel), la pupille se rétrécit avec les années, en même temps que l'excursion des mouvements iriens diminue considérablement.

Ainsi nous avons trouvé une moyenne pupillaire de 12,2 pour les 10 malades âgées de 20 ans (15 à 24 ans) que nous avons examinées; nous l'avons trouvée :

de 8,7 seulement pour les malades de 60 ans (55 à 64 ans)

de 8,2 pour les malades de 70 ans (65 à 74 ans)

de 7,6 enfin pour les malades de 80 ans (74 à 84 ans).

Cette influence si manifeste de l'âge était de nature à rendre moins apparents et moins nets, sans les infirmer d'ailleurs, les résultats de nos moyennes, car si la tension sanguine augmente chez le vieillard *malade*, surtout à cause de la grande fréquence de la néphrite interstitielle, ce n'est pas dans la même proportion que la tendance au myosis. Malgré tout la pression diminue, même considérablement, dans l'extrême vieillesse. En outre l'iris sclérosé est moins apte à se modifier par la turgescence ou l'anémie de ses vaisseaux ¹.

Nous avons alors refait nos calculs sur les malades âgées de moins de 55 ans soit 30 cas (avec une moyenne pupillaire de 11.6) après avoir éliminé les malades âgées de plus de 55 ans, soit 20 cas (avec une moyenne pupillaire de 8,4). Nous avons trouvé :

¹ Nous avons aussi noté chez nos 50 malades le temps de la disparition de la tache blanche d'anémie produite sur le dos de la main du malade par la pression du pouce (procédé de la tache de Hallion et Laignel-Lavastine). Nous avons observé, comme Rilliet l'indique déjà, que l'effacement de la tache est plus lent dans la vieillesse; la moyenne donnée par Rilliet est 3 à 4 secondes. Nous avons trouvé :

à 20 ans	(15 à 24 ans)	3.3 secondes.
à 30 »	(25 à 34 »)	4,3 »
à 40 »	(35 à 44 »)	4,0 »
à 50 »	(45 à 54 »)	4.2 »
à 60 »	(55 à 64 »)	4,4 »
à 70 »	(65 à 74 »)	4,5 »
à 80 »	(75 à 84 »)	4,7 »

Nous n'avons éliminé de ces calculs que quatre typhiques d'âges divers dont la moyenne était de 8,5 secondes avec un maximum de 13 secondes.

Cette lenteur croissante avec l'âge n'est-elle pas à rapprocher de la lenteur et du peu d'excursivité des variations pupillaires chez le vieillard?

<i>Pression artérielle.</i>	<i>Pupilles.</i>	<i>Pression artério-cap.</i>	<i>Pupilles.</i>
Basse	12,5	Basse	11,8
Moyenne	10,4	Moyenne	11,1
Haute	10,3	Haute	8,5

Comme on le voit les écarts entre les moyennes extrêmes sont respectivement 2,16 et 3,3, sensiblement plus grands que ceux que donnent les moyennes prises sur l'ensemble des cas : 0,65 et 1,2.

Si quantitativement les deux tableaux donnent des résultats un peu différents, qualitativement ils ont la même valeur. Ils expriment que, lorsque la pression sanguine est forte, elle tend mécaniquement ou bien à augmenter la contraction de la pupille ou bien à en restreindre la dilatation, tandis que, lorsque la pression est faible, elle favorise la mydriase et diminue le myosis. Ils montrent aussi, comme cela était à prévoir d'ailleurs, que l'état de l'iris est en relation plus étroite avec la pression artério-capillaire qu'avec la pression artérielle.

On nous objectera peut être que le myosis est dû à la même cause nerveuse que celle qui donne l'élévation de la pression du sang et *vice-versa* pour la mydriase. Nous répondrons qu'en général l'influx nerveux vaso-constricteur, c'est-à-dire élevant la pression sanguine (excitation du sympathique cervical, émotion, etc.), est aussi dilatateur de la pupille. Nous ferons remarquer encore que, si l'objection était fondée, la coïncidence entre hypertension et myosis d'une part, hypotension et mydriase d'autre part, serait constante dans chaque cas particulier et qu'il y aurait même entre les deux termes un rapport proportionnel. L'iris soumis à l'influx nerveux indiquerait avec constance et précision l'état de la pression sanguine. Or il n'en est rien. L'examen des observations prises *individuellement* montre le plus complet désaccord entre les deux phénomènes. Une dégénérescence myocardique n'engendre pas la mydriase, de même qu'un rayon lumineux frappant la rétine n'abaisse pas la pression sanguine et qu'un effort de convergence ne l'élève pas.

Mais *dans les moyennes*, et il faut qu'elles portent sur un nombre suffisant de cas, la relation apparaît. Plus la statistique embrasse d'observations, plus nettement elle démontre l'influence de la pression sanguine sur la pupille.

Nous en pouvons tirer deux conclusions, l'une théorique, l'autre pratique :

Théoriquement nous voyons que la pression sanguine se manifeste toujours au niveau de l'iris en modifiant mécaniquement ses dimensions, partant l'orifice pupillaire. Cette action est faible comparativement à celle des muscles, aussi dans les cas considérés isolément elle n'apparaît pas nettement, sauf peut-être dans des conditions exceptionnelles qu'il est difficile de préciser ; au contraire des moyennes prises sur un grand nombre de cas d'hypertension, en annulant les unes par les autres les actions musculaires diverses, mettent en lumière le degré de myosis qui résulte de l'influence de la turgescence iridienne, de même que des moyennes prises sur les cas d'hypotension montrent nettement la mydriase provenant de l'anémie relative de l'iris.

Tentons de nous faire une idée de l'intensité relative de l'action des vaisseaux et de celle des muscles de l'iris. Pour les plus grandes pupilles que nous avons mesurées, nous avons trouvé 19 ; pour les plus petites 6. La différence est 13. Dans nos moyennes sur les 50 cas, les différences entre les extrêmes sont 0,65 et 1,2. Nous pourrions énoncer la formule très approximative : « l'action mécanique de la pression sanguine est à l'action musculo-nerveuse, comme 0,65 ou 1,2 est à 13 ». Que la forme mathématique de cet énoncé ne laisse pas croire que nous nous illusionnons sur son exactitude ni sur la force du raisonnement qui lui a donné naissance. Mais il nous paraît correspondre assez bien à l'importance respective qu'il convient d'attribuer à ces deux facteurs de la dimension pupillaire.

Notre conclusion pratique en découle d'elle-même, nous sommes obligé de reconnaître, à notre regret, que l'état statique de la pupille ne peut donner aucun renseignement sur la pression sanguine de tel ou tel malade donné, l'action des muscles de l'iris voilant en général l'action trop faible, constante cependant, de la réplétion ou de la déplétion relative des vaisseaux de cet organe.

dilatation du col en obstétrique
non-verbaux des séances
 de la
mécologie de la Suisse romande
 du 14 juillet 1904¹.

de SEIGNEUX

à la Faculté de médecine de Genève.

d'obstétrique et de gynécologie de
 sacrées tout entières à la question
 du col de l'utérus, qui, depuis les
 une question d'actualité.

ais de rendre un hommage mérité
 , très étudié et très impartial du
 nso dans cette *Revue*².

e de cette Société, et n'ayant pas
 sirerais revenir en quelques mots
 é ici-même il y a quelque temps³.
 lever. Il me semble tout d'abord
 le ont donné lieu les deux articles
 is les *Archiv für Gynaekologie*⁴ et
 es membres de la Société d'obs-
 e la Suisse romande ont confondu
 ' la pensée humanitaire que j'avais
 2° la question de la dilatation pro-
 elle-même.

j'avais exprimé l'espoir qu'en
 couragements obtenus par Bossi et
 par Leopold et d'autres, il serait
 r un jour le procédé de dilatation
 uns accouchements longs et labo-

embre 1904 de cette *Revue*.

le du col en obstétrique. *Revue méd. de*

strumentale du col et de l'orifice utérin
Rev. méd. de la Suisse rom., 20 juillet

echanischen Erweiterung des Cervical-
 rend der Schwangerschaft und der Ge-
 . 70, Heft 3.

autre indication que celle d'abréger la durée et lent.

peler que, au moment où mon article a été mes'était encore produite dans le domaine de l'espérance que j'avais formulée trouvait dans les travaux de Bossi et de ses élèves de Leopold, de Keller, de Lederer et tous témoignaient de la sûreté de la méthode d'opérer.

Si, au lieu d'abréger, si peu soit-il, le travail de la femme, la pensée dominante de l'accoucheur se trouverait aujourd'hui peu de médecins pris de la morphine ou du chloral pendant la période d'expulsion et se prolongeant sur plusieurs jours pendant la période d'expulsion. « De la patience et encore de la patience », répétaient les élèves au début de ses cours et cependant, la sécurité que nous donnent l'asepsie et l'antiseptisme auquel est arrivé notre manuel nous ne nous pas tous qu'il y aurait, pour le faire, une véritable inhumanité à laisser la femme se prolonger, la femme s'épuiser en vaines minutes, tout peut être terminé, les conditions pour l'application d'un forceps étant

les cours donnés aux étudiants, il est bon d'en s'en tenir strictement aux indications de l'opérateur pour le professeur d'enseigner à ses élèves d'intervenir qu'en cas d'indication positive, si est impossible de connaître les aptitudes de la femme dans lequel germera un jour la sémence.

En la pratique, il en est autrement et l'on ne peut dire à un médecin expérimenté, pour éviter réellement aucun danger, les forceps à la fin du but que d'abréger la période d'expulsion possible par un périnée résistant ou par l'insuffisance des contractions utérines.

d'expulsion, alors que la dilatation est achevée et rompue, nous trouvons des aides précieux et dans le forceps, notre impuissance est vis de la période de dilatation, la plus pénible.

ble certes, et il est compréhensible que l'idée me soit venue de la possibilité éventuelle d'appliquer dans l'avenir la méthode de Bossi aux accouchements longs et laborieux, à condition toutefois, disais-je, que cette méthode fût réellement sans danger et voilà pourquoi, j'ai, non pas comme on me l'a fait dire à la Société d'obstétrique et de gynécologie « étendu les indications pour l'emploi de mon instrument d'une façon certainement exagérée et inadmissible ¹ », mais simplement proposé l'étude de cette question aux cliniques universitaires, les seules qualifiées pour en faire ressortir avec autorité les avantages et les inconvénients.

« Le seul fait à retenir, écrivais-je à la fin de mon premier mémoire, c'est que, dans tous mes cas, l'emploi de mon dilateur a permis d'obtenir, sans narcose, sans douleurs et sans déchirure, une dilatation suffisante pour permettre la sortie d'un enfant vivant et, si l'on envisage le procédé sans aucun parti pris, ce résultat ne peut être regardé que comme un progrès indiscutable dans l'exercice de notre art.

« La méthode mérite tout au moins que les cliniques universitaires s'y intéressent, afin de porter sur elle un jugement définitif ».

Pour plus de prudence et pour que cette proposition ne tombât pas entre les mains de tout le monde, j'ai tenu à ne publier mon travail que dans un journal les *Archiv für Gynaekologie* répandu uniquement dans le monde universitaire.

Plus tard, à la *Société médicale de Genève*, je n'ai point, comme on a cru de très bonne foi le constater, « sensiblement modifié mes conclusions ² », puisque en réalité je n'en avais jamais posées, mais j'ai seulement présenté les résultats que j'avais obtenus d'une façon différente et telle que je pensais qu'ils devaient être présentés à des médecins praticiens faisant aussi pour la plupart des accouchements ³.

¹ *Rev. méd. de la Suisse rom.* 1904, p. 783, ligne 22.

² L. GAUTIER. Séance de la *Société médicale de Genève*, du 3 février 1904. *Rev. méd. de la Suisse rom.* 1904, p. 238, cité aussi par R. KÆNIG. *Ibid.* De la dilatation artificielle du col en obstétrique. 1904, p. 603.

³ Je ne puis d'ailleurs que répéter ici ce que j'ai dit par deux fois dans les *Archiv* et dans la *Revue*, c'est que je n'ai jamais songé, malgré ces premiers succès très encourageants, à porter un jugement quelconque sur la méthode elle-même, les cas où j'avais pu en faire l'essai étant beaucoup trop peu nombreux pour cela. Me fondant uniquement sur ce qui avait

Dans le fait que j'avais employé à St-Gall dans des cas normaux, on a voulu voir une preuve en faveur de l'emploi de mon instrument indistinctement indication plausible. Mon ami, M. le prof. Muret partage pas toutes mes idées, a déjà répondu d'envisager les choses, que, n'ayant pas de service de nuit, j'avais été obligé d'essayer mon dilateur sur des femmes enceintes et à terme là, puis-je ajouter que j'avais ouvert des portes hospitalières et où j'ai reçu un accueil bienveillant. Les indications strictes et la dilataction mécanique étant en somme plutôt indiquées dans la clientèle privée, ce n'était guère qu'une maternité qui me fournir les occasions demandées en quantité grande. Mais là encore il aurait fallu être sûr de profiter de la moindre circonstance. Personne

été publié d'autre part, sur les résultats vraiment remarquables obtenus en Italie et en Allemagne par l'emploi de la méthode de dilatation appropriée, je m'étais uniquement borné à formuler une question intéressante auprès de ceux qui font étudier dans tous ses détails et y répondre en toute cause: les établissements hospitaliers rattachés à l'enseignement.

* Dans aucun de mes deux premiers mémoires ou ne pourrais-je passer où je recommande l'emploi systématique de la dilataction mécanique dans des accouchements normaux. Il n'y a là qu'un simple espoir à laquelle il appartiendra à l'avenir seul de décider. Dans ce domaine là combien dans le cours des années déjà vu de méthodes décriées et proscrites au début, et qui employées d'une façon courante et sont entrées définitivement. « Ce sont là des vues sans doute un peu utopiques, » me dit-il dans le compte rendu qu'il a bien voulu me faire de mon mémoire dans cette Revue (1904 p. 252), mais après tout ne pourraient-elles pas, au moins en partie? Pourquoi un instrument approprié ne permettrait-il pas dans certains cas de réduire la souffrance tout en réduisant la durée de l'accouchement du procédé, voilà la condition *sine qua non* de sa réussite et c'est à l'expérimentation seule, ai-je dit à la Société en résumant mon point de vue, qu'il appartiendra de décider si la dilataction mécanique est réellement sans danger, si elle est dans tous les cas et sinon dans quels cas, d'en déterminer les indications et les contre-indications et vu l'importance de la question en est parfaitement licite et justifié.

¹ Séance de la Société d'obstétrique et de gynécologie romande du 7 juillet 1904. Rev. med. de la Suisse rom.

ont été les miennes, du travail
 allu consacrer pour les surmon-
 dû traverser la Suisse en dia-
 aiant le voyage de nuit. aller
 la journée mon dilatateur sur

circonstances, devant l'impossi-
 mps voulu des cas appropriés,
 été amené à faire mes premiers
 aucune indication spéciale. Je
 blicité qu'un instrument éprou-
 qui réalisât sur le Bossi original
 m'aurait fallu attendre par trop
 compte de ses qualités ou de ses
 ffisante de cas pouvaient bien

on mécanique du col a excité le
 nde des accoucheurs et a déjà
 e de publications importantes,
 cas où la santé de la mère exige
 , un instrument, permettant de
 ou l'avortement dans un temps
 or, serait le bienvenu et que, de
 irect¹, nous avons un réel besoin
 orsque le col existe encore. Ce
 importance si grande qu'il fera
 cussion certainement très appro-
 de gynécologie et d'obstétrique
 septembre de cette année à St-

hode, comparée aux autres mé-
 usage jusqu'ici, et sur les indi-
 it dû porter la discussion de la
 étrique de la Suisse romande en
 ne étude générale de tout ce qui
 ne. La chose en valait certaine-
 seuls cas avancés par la Mater-
 nent se joindre un cas de M. le

e et de gynécologie de la Suisse ro-
 déc. 1904.

nd de M. le Dr Beuttner, dont il a été
nce, vu l'absence regrettable de toute
ations qui pourraient donner lieu à la
col, on peut vraiment se demander s'il
de se borner simplement, comme le
avail, à constater qu'il était prématuré
it définitif sur cette nouvelle méthode
ent à ses yeux loin d'être nettement

eux de voir combien certains jugements
omment en effet concilier cette phrase
oplication du dilatateur de Bossi sera
on complètement abolie à la Clinique de
tout le monde peut lire dans le *Central-*
903, n° 19 p. 571 sous le titre « *Zür-*
chen Dilatators par le Prof. Jentzer,
é de Genève » :

élévé par mon ancien maître Breisky,
ouchement forcé, je me suis senti vive-
onvictions par les travaux de Leopold,
expérience personnelle, recommandait
de Bossi. Je me promis donc d'étudier
hode sur le premier cas favorable qui
» Suit la relation d'un cas d'éclampsie,
ie qui mourut dans le coma quelques

ressante et mérite d'être relevée : « Mal-
isiterons nullement à employer de nou-
ssi dans des cas appropriés. En effet
on partielle, *car, avec aucun autre pro-*
opération césarienne qui a été refusée,
vir un enfant vivant. Dans ce cas là, la
. l'intoxication éclamptique et nullement
rapide ».

'a démontré, cette dilation rapide n'a

la Suisse rom., 1904, p. 607.

Société d'obstétrique et de gynécologie de la
t 1904. Rev. méd. de la Suisse romande,

de cette citation et des suivantes le sont par
e.

été la cause d'aucune lésion sérieuse. *La longueur de la déchirure à droite n'est nullement plus grande que celle qui s'observe habituellement dans les accouchements normaux* ».

Dans une seconde note sur le même sujet publiée dans *Revue* par M. le Dr R. Kœnig¹, chef de clinique, nous lisons ceci à propos d'une autre femme morte également d'éclampsie peu de temps après l'intervention :

« Se basant sur une récente expérience personnelle², M. Jentzer décide la dilatation du col à l'aide de l'instrument de Bossi et me charge de l'opération. Je lui en suis très reconnaissant car c'est la première fois que j'ai l'occasion d'apprécier même les avantages de la méthode de Bossi. Je ne puis entrer ici dans des considérations sur la valeur de ce procédé qui est l'objet de très nombreuses considérations dans les journaux spéciaux. A mon avis, le dilatateur de Bossi est appelé à rendre de très grands services, mais à condition d'en limiter l'application à certains cas bien définis. La technique en est très simple. Je me bornerai à dire qu'en huit minutes j'obtins une dilatation de 9 cm. jugée suffisante pour l'extraction subséquente et sans produire de déchirure (l'autopsie vérifia l'intégrité du col) ».

« Au point de vue technique, dit en terminant M. Kœnig, l'observation démontre les avantages de la méthode de Bossi pour la dilatation du col, avantages que la communication de M. Jentzer a tout récemment encore mis en lumière ».

Dans son rapport, M. Kœnig, tout en faisant de sérieuses réserves, qui reposent sur une appréciation toute personnelle, reconnaît également que les résultats de la Clinique de Genève sont plutôt encourageants. Quant au cas qu'il cite, où il y aurait eu des lésions du col, la note au bas de la page qui porte bien « par M. Jentzer in *Centralblatt für Gynäkologie* 1903, n° 10 » indique d'une façon certaine qu'il s'agit ici du même cas que j'ai rapporté plus haut et à propos duquel M. Jentzer dit : « Comme l'autopsie l'a démontré, cette dilatation rapide n'a été la cause d'aucune lésion sérieuse. La longueur de la déchirure à droite n'est nullement plus grande que celle qui s'observe habituellement dans les accouchements normaux ».

Comment encore concilier tout cela avec cette singulière

¹ R. KÖNIG. Placenta monstre. Eclampsie. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1903, p. 422 et 423.

² Celle que je viens de citer.

l'on peut lire à la page 7

à ligne 12 : qu'à la *Maternité de Genève* on a vu sur-orts subites après dilatation par le Bossi dans deux, sans qu'il y ait eu de déchirures ni d'hémorragies, l'emploi de cet instrument a été jugé dangereux et peu quand, en relisant les observations, on trouve qu'il s'agit d'éclampsiques et que l'on relève à propos de l'un de ces cas la phrase que j'ai citée tout à l'heure : « Dans ce cas de mort doit être attribuée à l'intoxication éclampsique et au procédé de dilatation rapide », fait qui a été immédiatement reconnu par l'orateur dans la même séance.

à la 9^{me} ligne en effet nous lisons : *M. Jentzer* ajoute « ce cas de mort dont il a parlé précédemment, il s'agit d'éclampsiques ».

que je ne comprends pas très bien.

et aussi que dans la même séance on ne soit pas en mesure de présenter des travaux sur le même sujet provenant de personnes plus autorisées que la mienne.

dans un travail intitulé « Sur la dilatation artificielle de la matrice dans la pratique obstétricale », Bossi a constaté que la statistique concernant l'application de cette méthode était allée en augmentant, grâce au concours de nombreux praticiens tant italiens qu'étrangers. Sur 112 cas (d'éclampsie, de placenta praevia, de rigidité de l'orifice, de troubles cardiaques provenant d'affections pulmonaires, etc. etc.) dont 62 relatifs à des primipares parmi lesquels 7 ne présentaient pas encore d'effacement de l'orifice, la dilatation artificielle put être obtenue dans un espace de temps variant de 15 à 30 minutes à une demi-heure. Malgré ce nombre relativement élevé d'opérées, il n'y eut aucun décès qui pût être attribué à la méthode elle-même. Quant aux enfants, tous ceux qui étaient encore vivants au moment de l'intervention purent être élevés à l'exception de sept.

Sur 12 cas de Leopold², dont 12 concernent des éclampsiques, la dilatation artificielle put être obtenue en vingt à trente minutes dans tous les cas où il fut chaque fois possible de terminer de suite

communication à la *Société obstétricale de France*, Avril 1896.

Ueber die schnelle Erweiterung des Muttermundes mittelst des künstlichen Dilatators, von Bossi. *Archiv. für Gynäkologie*, Bd. 66. Heft 1. et Zur

l'accouchement par l'intervention obstétricale que l'on avait jugée nécessaire, et cela sans aucune déchirure importante du col. Toutes les mères, même les éclamptiques, sortirent guéries de la clinique. Les résultats pour les enfants ne sont pas moins remarquables, car tous ceux, sans exception, qui étaient encore en bon état au début de l'intervention purent être amenés vivants au monde. Je ne veux pas allonger ici cette énumération ni me lancer dans une revue historique et critique qui dépasserait de beaucoup les limites d'un simple article et lasserait les lecteurs de la *Revue*. Ceux que cette question intéresse pourront trouver tous les renseignements désirés dans le dernier travail sorti de la Clinique de Dresde¹ qui porte ainsi à 80 le nombre des cas où la méthode de Bossi y fut employée.

Tous ces faits, et bien d'autres encore, semblent pleinement justifier ce jugement porté par Leopold dans son premier mémoire : que la valeur de la méthode de Bossi ne peut manquer de sauter dès maintenant aux yeux et qu'elle est certainement destinée à jouer de plus en plus un rôle prépondérant dans le traitement de certaines complications de la grossesse et de l'accouchement.

Sans doute cette conviction n'a pas été partagée par tout le monde et il survint après le premier mouvement d'enthousiasme une période de réaction qui faillit aller beaucoup trop loin, comme c'est très généralement le cas. Des observations furent publiées de différents côtés, rapportant des lésions plus ou moins graves produites par le dilatateur de Bossi, et des voix autorisées s'élevèrent pour rendre les médecins praticiens très circonspects dans l'emploi de la nouvelle méthode. Quelques auteurs même, comme l'a déjà fait remarquer avec amertume Bossi², critiquent sa méthode, sans l'avoir jamais employée et considèrent le seul fait que certaines modifications de l'instrument ont été jugées nécessaires, comme une preuve bien démontrée de la non-valeur et de l'insuffisance du procédé.

Que la méthode de Bossi entre des mains inexpérimentées

schnellen vollständigen Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatoriums von Bossi, namentlich bei Eklampsie. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1902, n° 19.

¹ EHRLICH. Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi auf Grund von 30 weiteren Fällen. *Arch. für Gynäkologie*. Bd. 73, Heft 3.

² Cité par EHRLICH, *loc. cit.*, p. 450.

out p
n à t
suffi
re el
le fo
éfaut
s inh
causé
rait
aque
ur en

mais
ceps
iniqu
puis
les to
n ma
s inst
on m
.chen
ura p
tech
vis-à
iconq
resser
nce.
ques
éfaut
t cor
.trum
appro

icatio
est id
lui
minin
heme
l'ins
it con

3.

le procédé ne soit considéré que
la découverte de moyens nou-
à la dilatation rapide du col.
oie à suivre et n'a cessé depuis
perfectionnements possibles de

la question instrumentale est
n'exagère rien en disant que
cations proposées sont certai-
ception inférieure au dernier
de Bossi. C'est ce qui explique
taines appréciations défavora-
roit, par exemple, de la diffé-
la méthode par deux auteurs,
inique de Gusserow, à Berlin

instrument de Bossi dans une
n'a pas eu une seule déchirure
ande la plus grande prudence
ient et fasse de très sérieuses
tre les mains de commençants,
audement la nouvelle méthode
près modernes les plus impor-
rt, surtout en ce qui concerne
le serait également indiquée,
accouchement forcé dans tous
igerait impérieusement l'éva-
ue le col est encore complète-
est pas encore suffisante pour
de l'enfant.

est servi de l'instrument de
ses cas survinrent des déchi-
sérieuses, intéressant même
un travail très soigné et très
danger de la dilatation rapide
la différence qu'il y a entre

ation der Cervix nach Bossi. *Arch.*

• schnellen mechanisch-instrumental-
Gyn., Bd. 70, Heft 1.

ses résultats et ceux de Keller, il ne songe nullement l'instrument employé, mais émet l'idée, assez étrange à coup sûr, que le coefficient d'élasticité des cols étant variable d'un cas à l'autre, Keller par le plus grand des hasards se serait trouvé en présence de personnes dont tous les cols étaient dilatables, tandis que lui par une chance non moins merveilleuse ne se serait trouvé qu'en présence de cols non dilatables qui comme le chêne de la fable se rompent et ne cèdent pas ou plutôt cèdent en se rompant.

Et voilà, ce n'est pas plus difficile que cela.

Or si Bossi a génialement cherché à augmenter la surface d'application des branches dilatatrices au nombre de quatre par des espèces de petits fourreaux protecteurs de 1 cm. de large environ, Frommer a donné à son dilatateur huit branches s'ouvrant en forme de parapluie et beaucoup plus étroites que celles de Bossi. Elles coupent presque comme des lames de couteau et leur action sur les tissus du col, en ce qui concerne leur intégrité, ne saurait être plus désastreuse. Il n'y a qu'à voir l'instrument pour se rendre immédiatement compte du grand danger que son emploi peut faire courir, dans le cas d'un col rigide et peu extensible.

Le problème est double. Il consiste d'un côté à donner à l'instrument une courbure pelvienne, de façon à ce que la dilatation s'effectue *in situ* dans le plan même du détroit supérieur et sans aucune dislocation quelconque de l'orifice et de l'autre à élargir autant que possible les surfaces d'application des branches dilatatrices.

C'est ce que j'ai essayé de faire en construisant un instrument tout nouveau, car il est impossible de résoudre ce problème d'une façon satisfaisante en restant au principe adopté par Bossi, principe qui dans ses grandes lignes est resté toujours le même pour toutes les modifications de l'instrument original publiées jusqu'ici.

« De toutes les modifications qui ont été faites à l'instrument de Bossi, dit le rapporteur de la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande, lui-même, celles exécutées sur les indications de M. de Seigneux me semblent constituer le plus grand progrès et si j'avais à appliquer un dilatateur métallique je me servais de préférence de celui de M. de Seigneux, quoique son maniement soit loin d'être simple¹. »

¹ *Loc. cit.*, p. 60.

e ne se comprend guère vu que les voyent pour la première fois à cette présenté par M. le prof. Muret. Elle moins avec l'opinion de la Clinique de ur est à l'heure qu'il est usuellement e 1903.

re paru dans les *Archiv für Gynaeko-* le, sur la base d'une trentaine de cas, le de Bossi dans la provocation de l'ac- nous trouvons l'appréciation suivante¹ : sept derniers cas où le dilatateur de il n'y eut de déchirures. A la Clinique s opérations sont habituellement exécu- e service. *Ceux-ci se louent en particu-* la *facilité du maniement de ce nouveau* ment en italique dans le texte original dit étant donné l'autorité universelle- tre, le prof. Leopold.

pas que mon instrument soit parfait, i exigences, qu'il ne puisse être modifié a suite, mais j'ai l'intime conviction aliser, en attendant mieux, un réel pro- déchirures du col sera par son emploi de mesure et que j'aurai la grande contribuer par là au développement e le nom de Bossi restera éternellement ombreux travaux, dont elle a déjà été prédire un grand avenir et une place rique opératoire, une fois que la tech- aront été bien nettement établies.

omme il s'agit d'une période d'essai, nt nous prononcer d'une façon défini- ces dernières. Celles-ci, a déjà dit e doivent être limitées que par le juge- eur, mais de l'étude des cas publiés léjà dire d'une façon générale que la

ie Frühgeburt bei engem Becken mittelst des hren und daran sich anschliessender Metreu- '3, Heft 3.

., p. 449.

on mécanique du col semble devoir prévaloir dans tous les cas où l'orifice est suffisamment dilaté pour permettre la réduction facile, l'état de la mère ou de l'enfant ne doit pas être rapide. Dans cet ordre d'idée, c'est la mère qui tient le premier rang et l'on peut dire, en constatant les résultats merveilleux de la réduction rapide de l'utérus, si, pour ce qui concerne la grossesse et de l'accouchement, la réduction ne peut être déjà regardée comme un traitement spécifique ainsi que s'exprime E. J. dans la Clinique de Dresde vient certainement à l'appui de ce point de vue, car sur 31 cas, la phlébotomie, 6 femmes seulement ne purent être traitées par l'intoxication éclamptique². Nous pouvons indiquer la fièvre pendant un commencement d'infection, les complications pulmonaires, cardiaques et rénales, la pneumonie, vices du cœur non compensés, le travail dans les cas de bassin vicié, anomalies de la femme ou de l'enfant et rendre urgente la terminaison prompte du travail incoercible de la grossesse lorsque le fœtus est mort ou le ralentissement des bruits du cœur, la compression du cordon, soit de l'utérus, et indiquant que l'enfant est mort ou qu'il n'est pas encore possible de le sauver causées par un décollement prématuré du placenta, la procidence du cordon dans le vagin, lorsque la dilatation n'est pas encore suffisante pour en opérer facilement la réduction.

Ce qui concerne la gynécologie et la première moitié de la grossesse, je crois qu'il faut être fidèle aux tiges de Hegar et à nos conclusions.

En ce qui concerne le placenta praevia, je suis d'avis que

¹ J. M. loc. cit., p. 517.

² Septième mourut également, mais dans ce cas la mort fut recherchée dans une complication accidentelle avec l'éclampsie (affection cardiaque non compensée).

ersion de Braxton-Hicks, aussitôt
tée, c'est-à-dire aussitôt que l'on
s à l'intérieur de l'utérus. Mais
era certainement indiqué toutes
ceinte on se trouvera en présence
à cette cause, ayant résisté au
ce d'effacement du col et de toute
la version de Braxton-Hicks. La
lors de dilater en quelques minu-
n suffisante pour que l'on puisse

couchement prématuré, il est très
latation mécanique prendra peu à
et finira par remplacer complète-
gies de Krause, qui sous beaucoup
temps souvent très long qui s'é-
et le commencement du travail
désirer.

ue que l'action dynamique de la
était un point très discuté de la
; l'admettaient et que d'autres la
personnelle me porte à admettre
es deux opinions extrêmes et que
n aucune façon compter sur cette
uestion de provoquer l'accouche-
la dilatation instrumentale seule,
ouverture du col suffisante pour
on dont l'action est certainement
le des bougies de Krause et qui
ères à la rupture accidentelle de

ssistant à la clinique de Dresde,
, une trentaine de cas tous traités
ion de la dilatation et du ballon,
t de ce procédé. Mon dilatateur a
niers.

revue très rapide des indications
n'ai fait qu'effleurer à la hâte.
ions sont nombreuses et intéres-

santes, car il s'agit là à n'en pas douter d'un réel progrès, d'un grand pas en avant et je ne puis que terminer cet article peut être un peu long en me mettant à l'entière disposition de mes confrères toutes les fois qu'ils estimeront que la dilatation mécanique du col puisse leur rendre quelque service dans tel ou tel cas de leur clientèle.

Contribution à l'étude de la tuberculose chondro-costale.

Procédé opératoire de M. le Prof. Roux.

par M^{lle} Loucenthag MATINIAN, de Tiflis (Caucase).

Depuis les travaux de Kiener, tous les chirurgiens sont d'accord pour admettre l'origine tuberculeuse de la plupart des abcès froids thoraciques. L'entente ne s'est pas faite aussi vite, lorsqu'il s'est agi d'en expliquer la pathogénie.

Ménière attribuait ces abcès à la carie et à la nécrose des os de la région. Leplat, combattant cette théorie, soutenait au contraire qu'ils étaient toujours dus à une lésion pleurale antérieure.

En 1873, Gaujot et Choné créaient la théorie de la périostite externe pour expliquer la genèse des abcès froids thoraciques : « On observe particulièrement disait Choné, une catégorie d'abcès froids ou subaigus ayant une physionomie, une marche, une évolution spéciales, et dont le développement coïncide avec une périostite des os sous-jacents, soit que cette périostite précède la collection purulente, soit qu'elle lui succède. »

Duplay reprit et défendit cette théorie : « Sous le nom d'abcès périostique, il faut entendre, dit-il, une classe d'abcès en rapport avec la surface des côtes ou du sternum, sans pourtant que ces os présentent des lésions profondes, et sans même que leur surface soit dénudée, au moins dans la première période de la maladie. Ce qui caractérise surtout cette variété d'abcès, c'est qu'une partie de leur paroi est constamment formée par le périoste épaissi, fongueux, des côtes ou du sternum. Les lésions du périoste paraissent se limiter aux couches externes de cette membrane, qui reste adhérente aux os sous-

jacents. Ceux-ci sont également sains, et, sauf une vascularisation et une friabilité plus grandes, leur tissu n'offre aucune altération profonde. Cependant, dans une période avancée de la maladie, les lésions du périoste peuvent gagner en profondeur et atteindre l'os sous-jacent, mais même dans ce cas, l'altération osseuse se présente encore avec tous les caractères d'une lésion consécutive. Le périoste est alors ramolli, légèrement érodé à ce niveau, mais, fait important, on n'observe jamais les productions ostéophytiques qui accompagnent l'ostéo-périostite, ce qui prouve que l'inflammation n'a pas débuté par l'os ou les couches profondes du périoste ».

Ces idées (erronées en partie, du reste) conduisirent tout naturellement à traiter la lésion paracostale en épargnant la côte qui passait pour secondairement malade, quand elle n'était pas considérée comme saine. Les résultats d'un tel traitement firent bientôt naître des objections contre la théorie de la périostite externe qui perdit peu à peu tous ses partisans.

De nombreuses recherches ont été faites qui établissent que la lésion est le plus souvent osseuse et que son siège le plus ordinaire se trouve à la face interne de la côte ou du sternum.

« Quand on trouve un abcès froid thoracique, dit Maheu, il arrive souvent qu'on ne trouve d'abord aucune lésion capable d'expliquer cette collection. Il faut regarder de près et, après quelques hésitations, on trouve habituellement un petit pertuis rempli de fongosités, à diverticulum dirigé de dedans en dehors, et situé presque toujours au niveau de l'articulation chondro-costale. Introduisez alors un stylet flexible dans le conduit et, règle générale, la pointe ira butter contre un point osseux dénudé, situé à la face profonde de la côte. L'existence de la lésion osseuse est très fréquente pour ne pas dire constante. »

Ollier décrit ainsi les lésions auxquelles on reconnaîtra une ostéite tuberculeuse : « Augmentation de la vascularité de l'os, dont la surface dénudée est recouverte de fongosités plus ou moins végétantes, raréfaction de son tissu, friabilité des trabécules osseuses plus ou moins infiltrées de pus, coloration variable du contenu des espaces médullaires, remplis en un point de tissu gélatiniforme, grisâtre, parsemé de points purulents, ailleurs enfin remplis d'un tissu adipeux et pâle, mais encore reconnaissable et d'autant plus altéré qu'on se rapproche du foyer principal de la maladie, et, au milieu des fongosités, de

ites parcelles osseuses complète
vestres vasculaires tenant encore
par de faibles adhérences. »

Quand à la poche qui environne l'al-
a fait une sérieuse étude. La pa-
mée par une membrane toute
erne, celle qui se trouve en cont-
me, débris ramollis et liquéfiés
mitive, est rarement lisse, mais
melonnée, vilieuse ou tomenteuse
ça et là par les vaisseaux, les ne-
es, vestiges du tissu normal tel qu-
nt des follicules tuberculeux. Le
éponge les masses pultacées, les
ris caséifiés, les inégalités de la
menté vasculaire et parcourues p-
orisations capillaires, des vaissea-
onnaires se rompent et détermin-
ntes dans les abcès froids.

La paroi elle-même est de form-
erculeux primitif maintenant liqu-
us avoisinants des proliférations
illes qui, en s'avancant au-delà d-
erminent l'apparition d'éléments
géantes se développent et autour
s voués eux aussi à une destruc-
mbrane se fendra à son tour, les
c par cette régression incessante
nation d'une paroi nouvelle des-
tion.

La surface externe de la paroi se
us environnants; il y a entre elle
rité. Des traînées embryonnair-
ois et c'est ainsi que se fait l'accr-
leur contenu est constitué par du
lié. On y trouve au microscope d-
o-graisseux, des globules rouges
illes y sont rares, leur habitat d-
ches plus profondes de la membra-
ieu de ce liquide caséeux, on tro-
s la forme de poussières osseuses.

hémorragies le pus devient brunâtre, lie de vin, plus ou moins foncé. C'est à cette période que l'abcès froid s'enflamme et donne naissance aux fistules thoraciques. Ces fistules sont ordinairement remplies de fongosités molles, blafardes, d'aspect misérable. (Maheu.)

Le siège de ces abcès n'est pas nettement déterminé; on les rencontre surtout sur les côtes, aux environs de l'angle costal ou de l'articulation chondro-costale, mais on les trouve également sur le sternum. Ils communiquent par un petit détroit avec une poche plus profonde située sous la paroi thoracique et souvent plus importante que la collection purulente superficielle. C'est là leur caractéristique.

C'est ce qui avait conduit Leplat à voir en eux une conséquence de la pleurésie. Cette tuberculisation de la face interne des côtes ou du sternum chez des individus chez lesquels la tuberculose pulmonaire est déjà préexistante, se ferait par la voie des lymphatiques. On sait en effet, depuis les travaux de Rieffel, qu'il existe des lymphatiques passant par les espaces perforés antérieurs pour aboutir aux ganglions rétro-sternaux.

Le diagnostic des abcès froids thoraciques est difficile au début, quand la lésion siège à la face interne des côtes et du sternum. Il est plus facile, au contraire, quand elle siège dans le tissu cellulaire ou à la face externe des os.

On évitera de confondre l'abcès proprement dit avec le sarcome, avec le lipome, avec l'abcès froid de la colonne vertébrale, avec l'anévrisme, enfin avec le kyste hydatique d'ailleurs très rare. Aucun doute n'aura lieu s'il existe déjà une fistule.

Autrefois le diagnostic présentait de sérieuses difficultés; c'est ainsi que Maheu, devant les doutes qui régnaient à l'époque où il présenta sa thèse, recommande l'emploi du stylet et la résection costale exploratrice. « Si, dit-il, la clinique et une exploration prolongée avec le stylet sont impuissantes à déterminer l'existence et le siège d'une lésion osseuse primitive, il ne faudra pas craindre d'ouvrir largement l'abcès qu'elle contient, de gratter au besoin la poche pour mieux voir les dénudations osseuses si elles existent, pour mieux découvrir l'orifice des trajets fistuleux qui renseigneraient ensuite sur la direction des lésions que l'on veut trouver. Cependant il y a des cas, et ils sont fréquents, où la lésion reste absolument cachée même après l'inspection et l'exploration les plus attentives. Fendant alors les intercostaux largement en prenant

soin d'éviter l'artère intercostale, on mettra ses doigts sous la plaie et en les recourbant en crochet on trouvera toujours les lésions osseuses situées à la face profonde surtout si elles sont étendues. Parfois encore il faudra à la résection costale elle-même pour trouver les lésions que l'on veut chercher.

Aujourd'hui on admet au contraire que le point osseux est constant, et tous ces procédés d'ailleurs sont abandonnés. Les traitements essayés sont légion, mais ont eu leur moment de vogue.

On ponctionna d'abord l'abcès, et après avoir retiré le pus on faisait une injection médicamenteuse, telle qu'une solution phéniquée, d'éther, d'iode, de naphthol, etc., etc. Les résultats furent pas brillants.

Chassaignac conseilla d'ouvrir la collection caséeuse, d'avoir créé une contre-ouverture, de drainer la poche, de laisser le libre écoulement du pus. Les parois se cicatrissent peu à peu et des bourgeons charnus de bonne nature se développent, oblitérant la cavité et amenant une guérison (Volkmann). Malheureusement ce traitement qui semble définitif devient bientôt dangereux ; pour peu que la suppuration se prolonge, et c'est le cas habituel dans les abcès d'origine osseuse, le malade dépérit.

Lister ouvrait largement ces poches, lavait la cavité avec une solution d'acide phénique, et, avec un traitement antiseptique, obtenait des guérisons. Mais le germe oublié dans un pertuis inabordable était le point de départ d'une récurrence.

Sédillot conseilla l'emploi d'une curette ; on peut faire la même objection qu'au procédé de Lister.

D'ailleurs ces opérations conservatrices ne sont pas sans danger ; elles activent la diathèse tuberculeuse, et des accidents fort graves dont le plus connu est la phthise tuberculeuse.

Quénu et Tuffier, devant tous ces échecs, pratiquèrent le traitement radical.

La résection des côtes était déjà connue des anciens. Galien ont plusieurs fois enlevé des fragments de côtes. Au moyen âge cette opération est restée dans l'oubli. Ce fut un chirurgien espagnol, Arcé qui la remit en vogue. Marc-Aurèle Séverin, vers le milieu du XVIII^e siècle,

cette opération sur Albertinus qui guérit. Ozias Aymar, de Grenoble, enleva trois côtes chez une femme. Moreau, en 1795, fit une résection costale à Bar-le-Duc. Jean-Louis Petit, Lapeyronie, Pelletan, Bayer la conseillent. Nélaton s'exprime ainsi : « Ces opérations ne peuvent convenir que si la carie est peu étendue. Si une grande partie de l'os est malade, il faut s'armer du ciseau et du maillet, du couperet de Larrey, des pinces de Liston et enlever toutes les parties malades. »

Mais cette opération n'était pratiquée qu'autant que l'on trouvait des lésions osseuses évidentes et étendues ; ce furent Tuffier et Quénu qui conseillèrent de réséquer chaque fois que l'on se trouvait en présence d'une fistule ou d'un abcès thoracique, quand bien même on ne trouvait pas de lésion osseuse.

Voici, d'après Bonnel, comment opéraient ces praticiens : « Après avoir procédé aux préliminaires d'usage pour toute opération sanglante et avoir mis la région dans un état d'asepsie parfaite, on dissèque les téguments jusqu'à ce qu'on tombe sur la paroi propre de l'abcès. On libère cette poche le plus possible. Alors commencera le second temps qui consistera dans l'ablation de la collection liquide. Si l'on a affaire à un abcès non enflammé, tous les efforts du chirurgien devront tendre à la dissection de cette poche sans ouverture préalable.

« Ce sera le moyen le plus sûr de ne pas laisser de tissu malade dans la plaie. Mais cette conduite n'est pas toujours applicable ; la tumeur peut être enflammée ; dans les efforts de la dissection le bistouri peut glisser et ouvrir involontairement la poche qui d'ailleurs peut adhérer profondément. Dans ce cas la conduite à tenir diffère un peu : s'armant de la curette tranchante après avoir agrandi l'ouverture, on se mettra en devoir d'enlever tous les tissus douteux, on râclera les parois, la membrane tuberculogène jusqu'à ce que l'on croie être arrivé sur les tissus sains. Il est évident que cette conduite ne donnera jamais la même certitude que l'énucléation préalable de cette poche remplie de bacilles.

« Cependant, si l'on a pris grand soin de promener sa curette sur tous les points en allant aussi profondément que possible, il n'est pas douteux qu'une ablation complète du mal puisse être obtenue et qu'on n'ait plus nécessairement à craindre une récurrence dans les parties molles.

« Là cependant ne doivent pas se borner les efforts du chirurgien. Il est évident que si après l'ablation de la poche on se

absence d'une lésion
surface externe de la
avec soin.

résecter toutes les
anatomique des pié
ous prouve la mani
fet, sur les débris
caractéristiques dé
ge la lésion ulcéré
atter le point lésé,
longtemps. Pourta
bien enlevé, les t
r là son interventio
nent, en prenant so
on doigt dans la pla
era presque toujou
la face profonde d
gide, un grattoir
ite et l'avoir décollé
arc costal si on le
pas léser la plèvre
épaissie comme po

va s'arrêter dans cet
ne reste plus en au
it amener une récid
océdé décrit par Be
herché était d'arrive
ades, toutes les ch
avoir la certitude
tout comment avoir
it tous ces grattag
s été infectées par le
extrémités des côtes
t de nouvelles fistul
malades avaient é
ctueux qu'il fallait le
l'injection en employ
on obtenait encore
e voit, la tuberculos
rgien pour un résult

pour les tuberculoses osseuses les foyers tuberculeux siégeant au sternum (qui se conduit d'ailleurs dans l'histoire de la périostite) — les chirurgiens savent combien tenaces sont ces tumeurs — et passant à un cartilage costal — s'il a vu quelques-unes de ces tumeurs — ne se souvient pas de les enlever par les procédés

de recourir au procédé de résection préliminaires.

On pratique l'asepsie parfaite afin d'éviter l'infection des parties saines.

On expose les tissus sains, à distance du foyer infecté. On isole un fragment de toutes les parties saines. On isole le foyer infecté. On isole le foyer infecté, mais qui sur ses bords

est osseuse ou cartilagineuse et on l'enlève une fois obtenue et les tranches de la tumeur qui demande quelques jours de guérison à la deuxième opération.

Enlèvement d'une tumeur maligne, on enlève la pièce le foyer tuberculeux et on l'isole lors de la première

opération. La plaie quelques bacilles ou germes infectieux ne trouvent pas d'os et les extrémités osseuses sont résistantes provenant de la tumeur. On peut donc intéresser que les tumeurs, pour être retardées,

pour mieux faire comprendre la tuberculose des troisième et quatrième articulation chondrocostale. On place une voussure placée entre les os pendant longtemps.

On a à réséquer en dehors du foyer infecté de largeur sur les troisième

et quatrième côtes en se tenant à 3 à 4 cm. au moins du foyer tuberculeux. On recouvre soigneusement les extrémités osseuses avec du périoste pour avoir une cicatrice saine. Du côté interne on enlèvera une tranche des troisième et quatrième cartilages costaux, jusqu'au bord du sternum.

On recouvre avec soin les surfaces de section du cartilage avec le périchondre. On referme les deux incisions et l'on attend la guérison qui se produit par première intention.

Quelques semaines après, la plaie étant tout à fait fermée, on pratique une incision placée entre les deux premières et circonscrivant la fistule. On dissèque les lambeaux jusqu'à l'extrémité sectionnée des cartilages costaux en dedans, jusqu'à la tranche de section des côtes en dehors, en souspériostant du côté de la plèvre le placard qui porte l'abcès tuberculeux et on l'enlève d'une pièce.

Pendant cette opération on a peut-être ouvert la plèvre ! Il faut alors refermer rapidement la plaie pour éviter un pneumothorax considérable. Quelques centimètres cubes d'air ne gênent nullement le malade (Voir Obs. IV).

Ou bien la plèvre était garnie de fongosités tuberculeuses, on la gratte et la curette et on draine soigneusement la plaie. La guérison s'obtiendra alors par deuxième intention.

Mais une chose est sûre. Le champ opératoire est circonscrit par des cicatrices résistantes qui encapuchonnent les extrémités osseuses et cartilagineuses.

La plaie une fois fermée ne se rouvrira plus au bout d'un temps x par infection de l'os ou du cartilage. La seule infection possible est celle des tissus mous.

Obs. I. -- B., domestique, 24 ans ; entre à l'Hôpital cantonal de Lausanne le 31 janvier 1902.

Mère, frère et sœur en bonne santé. A part une rougeole pendant l'enfance, il n'a jamais de maladie antérieure à celle qui l'amène.

Depuis trois ou quatre ans, il ressent en respirant, surtout en respirant profondément, une douleur au niveau de la région précordiale, là où plus tard s'est développée la tumeur actuelle.

Cette tumeur est apparue sans fièvre, sans cause appréciable et sans autre manifestation qu'une légère recrudescence de douleur aux inspirations profondes. Elle se développa en un mois, progressivement et régulièrement pour acquérir le volume actuel, volume que le malade prétend être stationnaire depuis quelques jours.

B. a été renvoyé une fois à la visite sanitaire militaire pour défaut de thorax.

Sa santé, son état général n'ont subi aucune altération ces derniers temps. Il ne tousse pas habituellement. Appétit bon. Selles et mictions normales.

Etat actuel : Jeune homme bien proportionné, mais de petite taille. Développement moyen des tissus musculaire et adipeux. Coloration normale de la peau et des tissus. Sonorité normale des deux poumons, devant et derrière ; murmure vésiculaire normal ; rien au sommet.

B. présente à gauche une tumeur régulière en forme de lentille, grosse à sa base comme le creux de la main, d'une hauteur maxima de 2 cm. environ et dont le centre est un peu en dedans de la ligne mamillaire et à trois travers de doigt au dessous du mamelon. La peau qui la recouvre est normale. La tumeur elle-même est soulevée à chaque contraction du cœur, et au premier abord on dirait qu'elle subit un mouvement d'expansion systolique.

Cette tumeur est régulière ; sa base se confond insensiblement avec le tissu environnant. A la palpation qui est un peu douloureuse et provoque des mouvements de défense de la part du malade, on perçoit nettement de la fluctuation. Par la pression la tumeur est irréductible et conserve, tout en s'aplatissant un peu, son volume ; elle ne change ni à l'effort, ni à la toux. Elle est, ainsi que la région immédiatement environnante, mate à la percussion. Elle est douloureuse à la pression immédiate, mais pas à la pression à distance. Sur la sixième côte, sur laquelle elle est à cheval, pas de douleur, non plus que sur les côtes environnantes. L'examen des vertèbres dorsales correspondant aux côtes susmentionnées ne révèle rien d'anormal.

Diagnostic : Périchondrite tuberculeuse suppurée sur les cinquième et sixième côtes.

10 février 1902. — PREMIÈRE OPÉRATION : Résection, circonvallation. Ponction préalable pour retirer du pus. Première incision verticale en dehors de la tumeur. On résèque suivant le procédé classique un segment long de 2 cm. environ sur les cinquième et sixième côtes, en dehors du foyer, sur le trajet de la ligne axillaire antérieure. La tumeur se trouve ainsi isolée du côté externe. On fait une seconde incision, également verticale, sur la ligne parasternale pour réséquer les cartilages des cinquième et sixième côtes et le cartilage commun des septième, huitième et neuvième côtes, à leur insertion sur le sternum ; on recoud le périchondre du segment interne de façon à recouvrir le moignon sternal. On fait une troisième incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans sur le même cartilage commun, près de sa bifurcation, c'est-à-dire au dessous de la tumeur. On résèque un morceau de ce cartilage. On recouvre le moignon costal externe avec du périchondre. (fig. 1)

De cette façon la tumeur a été circonvallée et se trouve isolée sur un placard costal libre, sur une île flottante, représentée par une extrémité des cinquième et sixième côtes et de leur cartilage et par un segment du

ilage commun des septième, huitième et neuvième côtes. La collection ilente placée sur cet ilot est laissée intacte.

1 février. On change le pansement. Les deux sutures sont très belles. écoule un peu de sérum par le trou de la ponction. Il existe une tumeur fluctuante à ce niveau. Rien aux poumons.

Fig. 1.

1 février. On refait une ponction par l'ancien trou et on retire 20 cc. de liquide purulent.

2 février. Le malade se lève; pas de fièvre.

3 février. — SECONDE OPERATION : Incision verticale entre les deux incisions de la première opération et parallèle à celles-ci. On arrive sur une collection purulente dont les parois sont recouvertes d'une membrane grasse, accolée à la plèvre pariétale au devant du péricarde, à l'endroit où l'on a circonvallé les cinquième et sixième côtes lors de la première opération.

On curette ensuite les fongosités qui recouvrent la plèvre, puis on retire un nouveau fragment des cinquième et sixième côtes plus en avant que la première fois.

Le fragment se trouve attaqué par la tuberculose contre toute attente. On prolonge ensuite l'incision cutanée du côté de l'aisselle et on résèque à nouveau par le procédé classique un fragment de la quatrième côte, isolé en avant seulement et trouvé aussi malade. On met alors à cette place une

couche de gaze iodoformée qui servira de tampon et de repère, lors d'une dernière intervention. On suture ensuite les muscles intercostaux au catgut et la peau au crin de Florence.

27 février. Le malade va bien ; ne tousse pas ; T. 37° ; pouls bon.

1^{er} mars. Pas de fièvre, état général bon.

5 mars. On résèque le dernier fragment. On tamponne avec de la gaze iodoformée sans refermer la plaie.

8 mars. Le malade se lève ; état général excellent, pas de fièvre.

13 mars. On refait le pansement et trouve les plaies suturées cicatrisées. On enlève les fils. Légère sécrétion séro-sanguine dans la plaie laissée ouverte lors de la troisième opération. Etat général excellent.

19 mars. On refait le pansement ; il ne persiste plus qu'une plaie bien bourgeonnante à l'endroit de la troisième intervention.

20 mars. Les vides laissés par les parties des côtes réséquées ont été comblés par un tissu dur, offrant à peu près la consistance de l'os, assez régulièrement disposé et suivant le trajet des parties enlevées ; seules les parties formant le rebord costal ne sont pas régénérées. Les poumons sont normaux. Il existe encore des ganglions axillaires élastiques rénitents, du volume d'un pois à celui d'un haricot.

Le malade est revu dernièrement en bonne santé.

Obs. II. — N., ménagère, 50 ans. Une fluxion de poitrine à droite en 1896. Bien guérie. Rien depuis. Bonne santé. Bon appétit.

En janvier 1901, pour la première fois la malade ressent sous le sein droit et l'appendice xyphoïde, des « points » survenus sans cause connue. Elle ne toussait pas et travaillait comme d'habitude. Ces points étaient accompagnés de sensation de froid autour de la ceinture et parfois à l'extrémité des doigts. Cet état dure un mois sans changement. La malade ne se traite pas.

A ce moment survient une grosseur en dedans et au-dessous du sein droit, semblable à une noisette, recouverte par une peau rouge, tendue, douloureuse et fluctuante.

La malade ne consulte pas de médecin et la tumeur s'ouvre spontanément environ deux mois après son apparition. Il en sort un pus séreux, inodore ; en même temps la tumeur s'affaisse et devient beaucoup moins douloureuse. La patiente fait des applications de farine de lin ; elle remarque que les bords de la tumeur restent durs et que seul le centre s'est creusé en cratère avec une fistulette au centre. Cet état persiste encore deux mois et la sécrétion continue par la fistule jusqu'en septembre, époque où elle tarit et se ferme.

En décembre 1901, la malade ressent des douleurs à peu près à la même région, douleurs fugaces, errantes, sans localisation aussi nettes que la première fois. La fistule s'ouvre cette fois-ci sans que la tumeur réapparaisse et depuis lors elle ne se referme plus.

La malade n'a consulté qu'en profitant d'une visite du médecin pour

un ulcère variqueux. Elle a un peu toussé ces temps d'est resté bon, les forces ont un peu diminué. Elle a bien conservée, un peu pâle cependant. Tissu adipe mais bonne musculature; langue bonne, appétit bon digestion facile. Au cœur rien à noter. Poumons en la respiration paraît moins profonde.

On voit à deux travers de doigt du sternum, et sixième côte droite, un orifice du diamètre d'une plume un peu de séro-pus à odeur assez pénétrante. Les arrondis, un peu rouges, sensibles. Le canal se continue avec la peau qui est un peu enflammée sur une étendue à la périphérie de l'orifice. La peau est adhérente to fistule, elle est normale comme consistance et épaisseur.

Si l'on suit le trajet de la sixième côte, on remarque, en dehors de la fistule, et sur une étendue d'un centimètre, une tuméfaction diffuse et sensible qui paraît siéger dans la côte elle-même est sensible encore 4 cm. en dedans de la fistule, elle n'offre plus aucune sensibilité. La pression d'avant en arrière sur le sternum est indolore.

29 mars 1902. — PREMIÈRE INTERVENTION : Incision de la sixième côte. On sous-périoste la côte en dehors de la tumeur à trois travers de doigt de chaque côté. Puis on fragmente aux points sous-périostés, de façon à isoler l

en interrompant la continuité de l'os des deux côtés. Le fragment en dedans comprend le cartilage commun aux dernières côtes de culation chondro-costale jusqu'à l'insertion sternale. Le fragment en dehors est un morceau de côte osseuse. (fig. 2)

Le soir. Un peu de dyspnée, apyrexie, pas de toux.

30 mars. Encore un peu de dyspnée; légère toux sèche. Do assise. — Bordeaux, codéine.

31 mars. La toux a cédé, la dyspnée a disparu. Apyrexie. revient.

1^{er} avril. L'opérée se sent plus forte; mange; elle souffre moins. — Pansement.

4 avril. Un peu de phlébite; toux légère, un peu de liquide plevre droite. Constipation opiniâtre. Céphalée persistante. A

20 avril. Un peu de toux. Quelques points douloureux à — Codéine.

25 avril. Toujours de même. — Localement teinture d'iode. Dit

6 mai. Quelques frottements. Apyrexie. Un peu de toux. —

12 mai. Les frottements ont disparu. Quelques râles à la toux. opératoire est guérie. La fistule donne, mais très peu. — Cat sinapisés.

15 mai. — DEUXIÈME INTERVENTION : Incision sur la sixième circonscrivant la fistule; cette côte est mobile. On l'enlève sans difficulté. On tamponne à la gaze iodoformée et ferme avec des Michel. La côte est au milieu de sa partie excisée le siège d'une érosion, elle est rugueuse. Son tissu est friable, grumeleux.

16 mai. La malade va bien. On ne touche pas encore au par La plevre ne présente rien de particulier.

18 mai. Quelques frottements réapparaissent à droite et en bas sèche. Constipation opiniâtre. — Codéine, lavement.

21 mai. La malade s'affaiblit un peu. Son teint pâlit. On la fait dans un fauteuil les jambes bandées. La toux diminue un peu, aussi, mais il persiste une légère égophonie.

24 mai. Amélioration locale. Pas d'appétit.

27 mai. Etat pleural toujours le même. Révulsion énergique.

30 mai. La malade reprend un peu. On la porte dehors.

1^{er} juin. Elle a besoin d'un changement d'air, ne dort plus. Anorexie. Constipation. — Sel de Carlsbad. — Status pleural : égophonie pas de frottements, mais submatité dans le tiers inférieur de la droite.

10 juin. Encore un peu de toux. Plaie opératoire guérie. La malade se fera soigner à domicile. Egophonie et submatité à la base de ponction donne un peu de liquide séreux. La malade quitte l'hôpital cet état.

En décembre 1904, la malade se porte très bien.

Obs. III. — M., dessinateur, 20 ans; entre à l'Hôpital le 15 avril 1903. Pas de tuberculeux dans la famille. Pas d'antécédents pathogéniques à signaler, sauf la grippe en 1902; de plus, le malade a un peu toussé cet hiver.

Il y a un mois, sans raison spéciale, il ressent une légère douleur à la sixième côte droite, au niveau à peu près du cartilage costal. Il se forme à cet endroit une grosseur qui peu à peu augmente et devient de plus en plus douloureuse à la pression. La peau, par dessus, s'amincit un peu, rougit, et le malade rentre à Lausanne pour consulter un médecin. Celui-ci l'envoie à l'hôpital. Le malade dit que son état général a un peu baissé depuis le début de la maladie.

Etat actuel : Jeune homme un peu maigre; n'a pas de fièvre. Fonctions digestives normales. Respiration soufflée surtout au poumon droit. A la sixième côte droite, à deux travers de doigt en dehors du cartilage costal, on voit une tuméfaction du volume d'un petit œuf de poule sur laquelle la peau est amincie, rouge-violette. A la palpation on sent que la tumeur a des limites un peu diffuses, qu'elle est fixée sur les plans profonds, et fait même corps avec la côte, qui, en cet endroit, a un volume double de son volume normal. La surface est lisse, la consistance est nettement fluctuante au centre, tandis que les bords sont constitués par une sorte de bourrelet assez dur. Toute la tuméfaction est douloureuse. A ce niveau l'auscultation ne révèle rien de particulier.

Le 17 avril on fait fistuler le centre de la tuméfaction. L'abcès se vide,

l'état général est bon, peu de suppuration. L'orifice de la fistule s'est très agrandi de sorte que le fond de l'abcès est à ciel ouvert, mais la plaie se répare très mal.

28 avril. — PREMIÈRE INTERVENTION : Incision verticale perpendiculaire à la direction des septième et huitième côtes droites, un peu en dehors de la ligne mamillaire ; on arrive sur les deux côtes, on les sous-périoste et les sectionne à la pince coupante. Le fragment réséqué mesure 4,5 cm. Puis on fait une deuxième incision verticale et parallèle à la première au niveau de l'articulation chondro-costale de ces deux côtes. On sous-périoste leur extrémité osseuse et on incise un fragment de 4,5 cm. portant sur l'os et le cartilage. (fig. 3). Drainage. Tamponnement et pansement iodoformés.

31 avril. Opération bien supportée. On enlève le drain. Tout va bien.

4^{er} mai. On enlève les agrafes.

10 mai. Tout va bien, le malade se lève.

17 juin. — SECONDE INTERVENTION : Incision horizontale parallèle aux côtes sur la huitième côte entre les deux incisions verticales de la première intervention. On arrive sur cette côte, on la sous-périoste et on excise le fragment isolé lors de la première intervention. Puis on pratique une seconde incision partant de la première, perpendiculaire à elle et remontant sur la septième côte pour exciser le fragment de cette côte déjà isolé lors de la première opération. Curettage de la plèvre un peu épaissie en cet endroit. Suture au crin de Florence. Pansement iodoformé. La huitième côte contient un foyer caséux du diamètre d'une pièce de vingt centimes. Granulations sur la plèvre tout contre la côte. Pus et fongosités dans le foyer osseux. La septième côte est cariée sur un espace de $1\frac{1}{2}$ cm. à peine.

25 juin. Guérison par première intention.

29 juin. Un point de suture a sauté. Petite plaie de la grandeur d'une pièce de cinq centimes. On la cautérise et fait un pansement. Le malade quitte l'hôpital.

En janvier 1905, le malade se porte très bien.

Obs. IV. — X., agriculteur, 35 ans. Entre le 16 mars 1904 à l'hôpital. En 1896, le malade a une pleurésie du côté gauche qui dure deux mois et depuis lors il ressent toujours des points de côté.

En 1898 il se forme une tumeur sur le milieu du sternum. Peu à peu la peau a rougi à cet endroit, la tumeur s'ouvre spontanément et laisse échapper du pus. Depuis lors il s'écoule chaque jour quelques gouttes de pus. X. consulte un médecin qui lui ordonne une potion. Il vient à Lausanne où on lui fait en mai 1899 une résection partielle du sternum. Il reste deux mois à la clinique, puis va bien pendant un an. Il se forme ensuite une fistule à l'endroit de l'ancienne opération. La fistule coule jusqu'à ce jour.

En septembre 1903 il se forme un abcès sur le troisième cartilage costal gauche. Le malade vient enfin à l'hôpital. Il ne tousse pas. Mictions et

males. Cœur normal. Poumons normaux. On remarque une opératoire médiane placée sur le milieu du sternum et d'une de 5 cm. Sur cette cicatrice on voit l'orifice de deux fistules.

sur le cinquième cartilage costal gauche une troisième fistule. la palpation qu'il manque un fragment de sternum de 3 cm. En introduisant une sonde dans chacune des fistules on remarque qu'elles se dirigent toutes à gauche du sternum, dans la région du cartilage costal, où se fait sentir le maximum de douleur.

1903. — PREMIÈRE INTERVENTION : Incision partant du bord inférieur au niveau des cinquième, sixième et septième cartilages costaux, remontant sur le côté gauche du sternum, s'écartant de

Fig. 4.

se dirigeant en dehors au niveau des deuxième et première côtes gauches et se termine sur la partie inférieure du manubrium pour atteindre l'insertion du cartilage de la deuxième côte droite. On résèque les cinquième et septième cartilages costaux en totalité, puis on résèque un centimètre de chacune des deuxième, troisième et quatrième côtes en dehors de leur cartilage. On résèque transversalement le sternum du manubrium avec le corps de l'os. La tranche ainsi obtenue mesure 1 cm. On prend enfin le deuxième cartilage costal droit et on résèque un centimètre de la côte osseuse. Suture des bords de la plaie au fil de soie. Pansement séparé sur chaque fistule. (fig. 4)

plaie a bon aspect.

on *per primam* presque partout. On ent par les trous des drains.

fermée; les fistules donnent très peu.
 s: Incision légèrement convexe en rnum, de la troisième à la septième l sternal. On résèque les septième et longueur d'un centimètre. Puis sur côtes, on résèque un fragment ostéo-résèque de même la troisième côte, e pariétale, où l'air entre en sifflant. m crin. Drainage sous-cutané au bas

ien supportée; le malade a beaucoup cyanose. Pouls rapide, petit. Le soir, Pouls bon.

peu de douleur.

plaie a bon aspect.

rison s'est faite *per primam*. Encore . drain. Aucune oppression, pas de é normale.

eu. Autour de la fistule supérieure s.

ion: Incision sur le devant du ster-grand axe et circonscrivant les fistules. vec le tissu cellulaire et les restes du la limite des sections faites dans les central isolé lors des premières inter-ève tout le sternum en décollant par main sur le péricarde qui n'offre rien hce xyphoïde près de son milieu. bas de la plaie. Suture de la peau au ue.

ée. Le malade est très faible. Pouls cc. de sérum artificiel.

La plaie a bon aspect. Ecoulement drain.

e les crins de suture; légère rougeur

abondant. Les bords de la plaie ui ne bourgeonne pas. Le malade se if.

geonne bien. Etat général excellent,

continue à bourgeonner. L'écoulement est minime.

ie est complètement fermée.

le 25 juillet 1904 . Etat général bon. La région sternale. On y remarque deux lignes de suture formant un triangle au milieu ; en bas, une petite fistule. On voit la peau.

le 14 octobre ; sa plaie est parfaitement cicatrisée ; il porte une plaque de cuir bouilli.

dans la partie historique de ce travail que tous employés pour combattre la périostite costale ont échoué dans certains cas. La cause de ces échecs dans le foyer opératoire d'un os dénudé d'un cartilage — qui jouent le rôle de corps étrangers — entretiennent la suppuration.

Le Dr M. Roux nous enseigne que : « Le plus sûr moyen de guérir une suppuration chronique c'est la présence d'un foyer infecté quelconque et l'absence de drains tardifs des fils de soie ou de métal, l'absence de drains ou des séquestres, dispense d'insister

sur le fait qu'un cartilage adulte privé de ses caractères d'un tissu mort, c'est-à-dire nécrosé. Nous rappellerons comme exemple les abcès ouverts, tuberculeux ou non, où la guérison par ankylose ne survient qu'après élimination du foyer. Les périostites laryngées chez les adultes. Les drains en usage n'évite absolument de mettre à nu une tranche de cartilage, et de les laisser dans le foyer.

La guérison survenait, c'est qu'on avait enlevé proprement pour ainsi dire encapsulé. Mais il est impossible de savoir si la plèvre n'est pas infectée ou si des fusées de suppuration trouvent pas loin du centre de nécrose sous le périoste. Dans ces cas une seule opération est nécessaire pour la guérison lorsqu'on laisse ces germes dans le foyer.

Notre maître, qui opère à distance du noyau infecté, laisse refermer cette plaie aseptique pour obturer les os et cartilages attenants aux parties infectées. Seul permet une guérison sûre.

Or c'est la condition indispensable à réaliser pour être malade. De cette façon, plus de complications post-opératoires, plus de fistules et de surinfection, plus de malheureux avec des fistules pendant des années et meurent de dégénérescence amyloïde ou d'infection mixte pour une carie osseuse au lieu qu'une carie de côte.

Qu'on ne vienne pas nous dire que ce procédé est trop étendu et fait du cuir d'autrui large courroie. Les résections étendues se guérissent aussi bien que les autres, et la chirurgie des dernières guerres montre suffisamment qu'il n'est pas de brèche de la cage thoracique de l'homme ne puisse se réparer.

Dans notre observation IV on peut voir que même la résection de presque tout le sternum n'a pas gêné le malade. Une plaque suffit à garantir les régions dépourvues de squelette.

L'écueil à éviter c'est de faire les premières résections économiques et de se trouver ainsi lors de la deuxième opération dans la cicatrice de la première.

On court aussi le danger, en enlevant le placard portant le foyer tuberculeux, d'arracher trop violemment avec les doigts les malades un peu de la cicatrice trop rapprochée et de faire ainsi un coin de la plaie une inoculation. Tout serait alors à recommencer.

La résection des côtes normales présente une difficulté : la plèvre sous-jacente est mince et plus facile à crever qu'une plèvre épaissie comme on la trouve au niveau du foyer lui-même.

Il est même arrivé (voir Obs. IV) d'entendre siffler l'air dans le thorax. Un opérateur rapide rabat vivement les lèvres sur la plaie et les suture avant qu'il soit entré beaucoup d'air par l'orifice.

Il faut prendre soin, d'après notre maître, de ne pas décoller le bloc à réséquer qu'après avoir terminé l'hémostase. Si le pneumo-thorax n'aurait pas le temps de devenir considérable.

Le seul inconvénient de cette méthode est la nécessité d'employer deux narcoses. Mais n'oublions pas que les malades sont en bon état général et qu'ils supportent bien les risques opératoires. Jusqu'à maintenant M. Roux a toujours vu un bon résultat de cette opération.

Si notre travail peut décider quelqu'un à pratiquer cette méthode, nous estimons que son but aura été atteint.

Conclusions

les procédés employés jusqu'ici pour combattre la costale tuberculeuse ont montré leur insuffisance d nombre de cas.

méthode du prof. Roux de résection en deux temps s préliminaires permet seule d'obtenir toujours une

e opération, quoique étendue, est indispensable. eurs simple, bénigne, suffisante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. *gén. de méd.*, 1829.

cès froid consécutif à une pleurésie. *Arch. gén. de méd.*,

Carie du *Dict. encycl. des Sc. méd.*, 1871.

roids thoraciques. *Thèse de Paris*, 1873.

és médical, 1876.

Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881.

et. *Archives de physiologie*, 1883.

abcès froids de la paroi thoracique. Médiastinites tubercu-
r. *méd.*, 1890.

ostale et abcès froids thoraciques, *Thèse de Paris*, 1891.

s froids des parois thoraciques, *Thèse de Paris*, 1892.

ution à l'étude de la résection costale, dans le traitement
roids thoraciques. *Thèse de Paris*, 1894.

RECUEIL DE FAITS

péricolite (postappendiculaire). Laparotomie. Guérison.

Par le Dr OSCAR BEUTNER

Privat-docent de gynécologie à l'Université de Genève.

Tavel a publié dans le n° de janvier 1904 de cette s intéressant travail sur la « péricolite cicatricielle ulaire ». J'ai, depuis lors observé un cas de cette e semble suffisamment instructif au point de vue et thérapeutique pour mériter d'être publié :

8 ans de fièvre typhoïde ; elle a la première fois des douleurs menstruation à 10 ans ; les règles durent quinze jours et durent de six à huit jours de chaque côté, avant, pendant et après chaque année. A l'âge de 22 ans la santé est bonne, bien

l'année, elle me consulte pour depuis trois à quatre mois d'une douleur au côté droit de l'ab-

domen une forte résistance, très nette, je pose le diagnostic : résidu (adhésion) d'une ancienne appendicite, et je fais un massage qui est acceptée, qui est et qui eut un très bon résultat. Le malade se trouvait bien, lorsqu'elle avait des douleurs lombaires ; depuis ce jour elle va mieux et aller de moins en moins

En 1902, elle présente de la douleur intense violente de douleurs lombai-

En octobre suivant, elle présente des douleurs d'intensité variables, se montrant à l'apparition des règles. Elle a consulté différents médecins, pendant une de ses violentes douleurs sur de la taille et plus tard au

Elle a eu un écoulement du côté droit du bassin de résistance.

Je consulte (D^r de Cintra) ; je constate à l'inspection du petit bassin, la présence d'une tumeur tantôt élastique, tantôt flasque, de la moitié droite de l'utérus, de la partie latérale gauche de l'utérus, due à une grossesse extra-utérine. La grossesse était absolument à l'origine du diagnostic suivant : affection d'une ancienne appendicite, fond de l'utérus.

En 1903, d'après la méthode de Rabinovitch de Florissant, avec l'assistance de Cintra.

En 1904, en position déclive, on constate à l'inspection : l'utérus et les annexes

plètement cachés sous les adhérences que les intestins
 ees avec les organes génitaux. Après une inspection
 se du champ opératoire, je reconnais la partie latérale
 e l'utérus avec la trompe et l'ovaire normaux, tandis
 partie médiane et la partie latérale droite avec les
 du même côté étaient cachées par le cœcum adhérent.
 érences existaient surtout sur le fond de l'utérus. Je
 e par détacher le cœcum de la matrice, pour arriver
 u à la trompe droite; celle-ci étant partout adhérente
 un état d'inflammation chronique, je l'enlève; sur
 droit se trouve un kyste du volume d'une mandarine et
 très minces, qui éclate dès que l'on y touche; l'ovaire
 é en plusieurs fragments; les annexes droites étant
 je commence la recherche de l'appendice sans toute-
 ouver. En essayant de détacher encore quelques adhé-
 res intimes entre les intestins grêles, je déchire la
 qui est fermée de suite par une suture à la soie fine.
 re de l'abdomen. Guérison.

à présent les crises ne se sont plus reproduites; selles
 i, règles sans douleur.

ut-il conclure au point de vue de la pathogenèse de
 action?

ut admettre qu'une appendicite s'est établie dès l'en-
 ue le cœcum a contracté à cette époque des adhères-
 les annexes droites et avec presque toute l'étendue du
 'utérus; que, avant et pendant les règles, la trompe
 ngestionnée et enterrée dans les adhérences, était de
 côtés serrée, et provoquait des coliques tubaires, qui
 enues de plus en plus intenses; que l'ovaire droit, éga-
 omplètement enveloppé par les intestins et les adhères-
 était chroniquement enflammé, formait un kyste et
 ait des douleurs dans cette région; enfin que l'appen-
 t probablement été détruit au milieu des adhérences.
 de massage pendant l'année 1898 a produit une cer-
 rélioration, mais n'a pas suffi à amener la guérison
 , que seule une intervention opératoire pouvait ga-

agnostic en pareil cas était assez difficile au premier
 e qui explique pourquoi plusieurs de ceux qui ont
 malade se sont trompés avant qu'on en vienne à
 on.

ne que la publication de cette observation a sa raison
 t qu'elle engagera à penser à l'avenir, dans un cas
 e, à la possibilité d'une péricolite postappendiculaire,
 elle M. Tavel a attiré si magistralement l'attention.
 erminer, qu'il me soit permis de citer un passage de
 de celui-ci, que j'accepte sans réserves :

que l'on sait moins, c'est que ces complications de
 ice, et en particulier la péricolite, puissent non seule-

ment subsister une fois l'accès aigu calmé, mais même s'aggraver malgré la guérison complète de l'appendice ou son extirpation, et simuler alors une pérityphlite chronique ou à répétition, avec les douleurs, la fièvre, les malaises, les vomissements et tout le cortège des symptômes connus de cette affection ».

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE NEUCHATELOISE

Séance du 30 Mars 1904, à Neuchâtel

Présidence de M. le Dr HUGUENIN.

Il est donné lecture d'une lettre de M. le Conseiller d'Etat Quartier la Tente concernant la motion du Dr G. Sandoz présentée à la dernière séance et d'une circulaire du Comité central de la Société médicale de la Suisse romande du 10 janvier 1904 traitant la question des assurances.

A ce propos, le Comité propose l'institution d'une commission spéciale ; le comité changeant chaque année, ne peut s'occuper normalement de la question.

M. TRECHSEL propose qu'on nomme un membre pour chaque district. Sont proposés et élus à l'unanimité : MM. Sandoz, Roulet, Vouga, Petitpierre, de Speyer et Trechsel.

Le Président donne lecture de son rapport présidentiel sur l'activité de la Société pendant 1903-1904 :

Depuis le 22 juillet 1903 la Société a été réunie trois fois en séance ordinaire. Il a été publié une liste de ses membres dont le nombre s'élève à 73. Le président rappelle la mémoire du Dr Henry décédé à Neuchâtel le 10 février 1903 et rend hommage au zèle dont il a toujours fait preuve pour la Société.

Pendant cette année 1903-1904 il a été présenté un nombre assez respectable de travaux dont les comptes-rendus ont paru dans la *Revue médicale* par les soins du secrétaire. Le président rappelle aussi les discussions qui ont eu lieu sur la question des assurances qui fera encore l'objet de nos études.

La Société médicale neuchâteloise continue à faire partie comme par le passé des deux sociétés : *Centralverein* et *Société médicale de la Suisse romande*. Elle se trouve bien de cet état de choses et ses intérêts sont bien défendus à la Chambre médicale suisse par nos dévoués délégués, les Drs Sandoz et Trechsel.

Le président voudrait en terminant émettre le vœu d'une assiduité

plus grande aux séances ; ces dernières ne feraient qu'y gagner en intérêt scientifique. Il est bon de quitter quatre fois l'an ses occupations et ses soucis pour venir fraterniser avec ses amis et ses confrères et renouer plus fort les liens de solidarité que les luttes de l'existence ne tendent que trop à relâcher. (*Vifs applaudissements*).

Le caissier et les vérificateurs des comptes présentent leur rapport. La cotisation reste fixée à 5 fr.

Il est procédé au renouvellement du Comité qui siègera cette année dans le district de Boudry ; sont nommés : *Président*, M. le Dr WEBER à Colombier ; *vice-président*, le Dr GICOT à Boudry ; *caissier*, Dr VERDAN à St-Aubin ; *secrétaire*, Dr ROULET à Colombier ; *secrétaire-adjoint*, Dr BOREL à Corcelles.

Le président souhaite la bienvenue au milieu de nous à M. le Prof. Béraneck qui a bien voulu assister à notre séance.

M. HUMBERT, de Davos, donne lecture d'un travail fort intéressant sur les expériences faites au sanatorium international de Davos avec la nouvelle *tuberculine du Prof. Béraneck*. La composition de cette tuberculine, les vues théoriques qui dirigent l'éminent et distingué professeur dans ses recherches, ont été exposées en novembre 1903 dans une communication présentée par le Prof. Roux à l'*Académie des Sciences* de Paris.

M. Humbert a employé la méthode du Prof. Béraneck depuis trois ans, et a la conviction que nous sommes en présence d'une tuberculine vraiment active. Il a surtout choisi pour faire ses essais des cas qu'un séjour d'altitude n'avait pas améliorés. Les résultats obtenus ont naturellement varié suivant l'état de gravité de ces cas comme cela était à prévoir. Il y a toujours eu au début une réaction fébrile, forte surtout chez les sujets atteints au premier degré ; cette réaction est tout à fait inoffensive ; au bout de cinq à six semaines les injections ne provoquaient généralement plus de réaction fébrile et on pouvait augmenter progressivement la concentration du remède. Plusieurs des malades traités sont actuellement guéris, d'autres en voie d'amélioration ; plusieurs très atteints déjà ont repris des forces et s'améliorent. M. Humbert n'a jamais observé d'aggravation de la phtisie pulmonaire sous l'influence des injections et les expériences faites jusqu'ici l'engagent à persévérer dans cette voie. Il fait circuler un grand nombre de schémas et de courbes qui sont bien faits pour donner confiance dans la méthode.

M. PARIS, directeur de l'asile cantonal de Perreux, relate les essais faits à Perreux depuis cinq à six ans avec la tuberculine. Ils sont tout à fait favorables et on les continue dans le service des femmes à la ferme du Rugenet.

M. SANDOZ a l'impression que dans les cas du second et troisième degrés les améliorations obtenues ne se distinguent pas de celles obtenues par d'autres traitements. Il a par contre observé des effets excellents des injections de tuberculine chez des tuberculeux du premier degré qui ont pu continuer leur travail et se sont fort bien trouvés du traitement.

MM. HUGUENIN et ETIENNE font part chacun d'une expérience favorable faite avec la tuberculine sur des cas de tuberculose vésicale.

M. ROULET a pratiqué depuis quatre ans des injections de tuberculine Béraneck dans les cas les plus divers. Les résultats ont été nuls dans un cas de méningite tuberculeuse et dans un cas de granulie, bien que les doses en injections intra-veineuses eussent été assez fortes. Ils ont été négatifs aussi dans plusieurs cas de tuberculose pulmonaire à forme rapide. Par contre dans tous les cas du premier et même du second degré, l'amélioration a été rapide, chez plusieurs étonnante. Plusieurs malades sont actuellement guéris et jusqu'ici ne font pas mine de récidiver. M. Roulet voudrait voir appliquer ce remède dans tous les cas au début. L'innocuité parfaite de ces injections rend la chose possible et les malades finissent par accepter volontiers un traitement dans lequel ils prennent très vite confiance. M. Roulet s'est aussi servi de la tuberculine en applications locales avec succès.

M. BAUER, qui a eu l'occasion de voir et d'ausculter plusieurs malades de Perreux, ne partage pas tout à fait l'optimisme du directeur. Il s'empresse de dire que les résultats défavorables qu'il a observés ne sauraient être imputés à la tuberculine, mais à la mentalité particulière des malades de Perreux et à la difficulté de leur faire observer la discipline nécessaire. M. Bauer ne s'explique pas bien l'action locale.

M. le Prof. BÉRANECK répond que sa tuberculine, d'après les expériences faites sur les cobayes, présente une action bactéricide manifeste, ce qui lui permet d'agir aussi localement en solutions très concentrées.

M. MORIN engage ceux qui ont commencé ces recherches à les continuer. Il expose quelques vues théoriques nouvelles concernant la tuberculose pulmonaire. L'action des tuberculines de diverses provenances paraît en effet avoir une action efficace chez certains malades.

Le président remercie M. Humbert de son travail et d'avoir bien voulu nous donner la primeur de ses recherches. L'assemblée emporte l'impression que le corps médical entier doit s'efforcer de seconder autant que possible M. le Prof. Béraneck dans ses laborieuses recherches qui paraissent devoir être couronnées de succès.

Un court et gai repas clôture dignement cette séance.

Le Président : Dr WEBER.

Le Secrétaire : Dr ROULET.

Séance du 9 juin 1904 au Champ du Moulin.

Présidence de M. le Dr Ed. WEBER.

Le président rappelle en quelques mots le décès survenu du doyen de notre corps médical, M. le Dr *Léopold Reynier*, qui bien que n'ayant pas fait partie de notre association n'a cessé de se montrer par sa façon de pratiquer l'art médical, en exemple aux générations qui le suivent. Le

président invite l'assemblée à se lever pour rendre un dernier hommage à cette belle figure qui vient de disparaître.

M. Morel est reçu membre de la Société.

M. TRECHSEL fait un long et substantiel rapport concernant la question des *assurances*. Il déplore le petit nombre des réponses qui sont parvenues au questionnaire imprimé qui avait été distribué. Il s'empresse d'ajouter que ce fait a été général en Suisse. Heureusement les confrères présents sont en majorité parmi ceux qui n'ont pas répondu. Ils pourront émettre leur avis au cours de la discussion.

Cette dernière est longue et animée. La Société médicale neuchâteloise après avoir entendu les avis différents émet les vœux suivants :

1^o Assurance libre avec subvention de l'Etat aux sociétés de secours existantes. Cette subvention serait subordonnée à la gratuité des soins médicaux, c'est-à-dire au règlement des honoraires médicaux par la société.

2^o Assistance des déshérités (ne faisant pas partie d'une caisse d'une société subventionnée) garantie par l'Etat et les communes ; on doit supprimer le système des médecins à forfait.

3^o Libre choix du médecin.

4^o Règlement des honoraires médicaux par la caisse elle-même et non par l'assuré.

M. de SPEYER cite les deux vœux suivants émis par la Société vaudoise et auxquels nous nous associons : 1^o que la législation d'assurances laisse le plus de liberté possible ; 2^o que les écritures soient réduites au minimum et rénumérées.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. AMEZ-DROZ, VOUGA et BOURQUIN, la Société adopte une proposition de M. Bourquin ainsi formulée :

« Au cas où le principe d'obligation serait adopté, nous fixerions éventuellement le minimum de 1500 fr. de revenu. »

M. ROULET relate un cas d'*avulsion complète du globe oculaire et du nerf optique* observé au mois de février. Il fait passer la pièce anatomique et les photographies. Le nerf optique avait été arraché sur une longueur de 45 mm et il y eût lésion de l'autre nerf optique avec amblyopie partielle de l'autre œil.

M. PERROCHET s'élève contre la façon cavalière dont nous sommes traités par les sociétés d'assurance, principalement par les sociétés françaises ; il soumet cette question à l'étude de la commission dite des assurances.

Le président, Dr WEBER.

Le secrétaire, Dr ROULET.

Séance du 15 septembre 1904, à Perreux

Présidence de M. le Dr Ed. WEBER, président.

Gracieusement invitée par la direction de l'Hospice des incurables, la Société se réunit assez nombreuse sous les beaux ombrages de Perreux et commence par une visite intéressante des vastes et confortables

locaux qui abritent nos pauvres incurables. Sous la conduite du directeur et de son sympathique adjoint nous admirons les belles salles, les installations de bains, les cuisines modèles et même la ferme et le bétail.

La séance est ensuite ouverte dans une des salles du comité de direction.

M. le Dr *Schlub*, de Préfargier, est reçu membre de la Société.

La Société procède ensuite à la révision du règlement de la Société dont le secrétaire relit le rarissime exemplaire retrouvé et rend compte des changements apportés au dit règlement pendant les cours des âges. Les nouveaux statuts seront imprimés et distribués avant la prochaine séance.

M. MATTHEY lit un travail intitulé « *traumatisme ou maladie?* » étude de médecine légale. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans entré le 17 novembre 1903 à l'hôpital Pourtalès avec un phlegmon de la face et des symptômes de pyémie. Ce malade mourait le 20 novembre malgré des débridements aussi étendus que possibles. Les parents du malade attribuèrent le décès à des coups reçus au cours d'une rixe survenue le soir même d'une extraction dentaire pratiquée le 3 novembre. L'auteur présumé des coups avait été arrêté. L'autopsie pratiquée ne permit pas de découvrir de traces de traumatisme, mais, par contre, au côté droit du maxillaire inférieur, la présence d'une grosse molaire cariée d'où était parti le phlegmon. M. Matthey concluait dans son rapport en niant que la preuve du traumatisme ayant provoqué la mort pût être faite. Le phlegmon parti de la fosse maxillaire inférieure droite avait fusé à la base du crâne et provoqué une encéphalite suppurée. L'intoxication est la cause du décès qui eut pu être évité si le malade avait requis à temps les secours de l'art.

M. Ed. WEBER présente un *nouveau trocart de Haussmann pour les ponctions lombaires*, instrument dont il s'est servi avec succès au cours d'une *urémie*.

Un joyeux banquet offert généreusement par le directeur réunit ensuite la Société dans une salle bien décorée et fort spacieuse. Un vin généreux coule et délie les langues. M. PARIS, directeur, souhaite la bienvenue à ses confrères. M. WEBER, président, le remercie de son aimable réception et boit à l'union toujours plus complète des membres de notre Société.

Le Président, Dr WEBER.

Le Secrétaire, Dr ROULET.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1905.

Présidence de M. CAMPART, président.

49 membres présents.

M. le Dr *Rollier*, de Leysin, est reçu membre de la Société. M. le Dr *Covey* présente sa candidature.

M. CAMPART lit le rapport présidentiel d'usage, qui relate l'activité de la Société pendant l'année écoulée.

Il est procédé au renouvellement du Comité pour l'année 1905. Sont élus : *Président*, M. Auguste DUFOUR, *Vice-Président*, M. GONIN, *Caissier*, M. VUILLEUMIER, *Secrétaire*, M. LASSUEUR, Bibliothécaire, M. ROUD.

M. ROUX lit un travail intitulé : *Après l'opération de l'appendicectomie à froid*, qui sera imprimé ultérieurement.

M. VULLIET : Le travail de M. le prof. Tavel, de Berne, sur la « péricolite cicatricielle post appendiculaire¹ » laisse une impression inquiétante, que viennent à point dissiper les rassurantes affirmations de M. le prof. Roux, fondées sur plus de mille résections d'appendices à froid. L'appendicite, maladie vaudoise, comme l'appelaient naguère nos voisins de Genève, réserverait-elle à nos confrères de Berne ses plus désagréables surprises ? Dans un laps de temps restreint (*une année*), M. Tavel a opéré — avec plein succès — sept malades atteints de troubles graves dus à la « péricolite cicatricielle postappendiculaire » ; ce chiffre est énorme, si grande que puisse être la pratique de notre confrère, et avait lieu de nous inquiéter d'autant plus qu'en lisant les observations nous n'y trouvons pas ce que logiquement nous désirerions y trouver : des symptômes précis d'obstruction chronique de l'intestin ; par contre nous y trouvons un complexe de symptômes assez vague où l'élément douleur tient la première place, à côté de manifestations formidables et mystérieuses, telles que cette élévation de la colonne de mercure atteignant chez une malade 43°, 44°5 et qui ne se fut pas arrêtée là si le thermomètre n'eût éclaté ; et il s'agit d'une appendicite refroidie !

Nous ne mettons pas en doute l'exactitude des faits relatés par l'éminent professeur de bactériologie de Berne ; si ses observations nous ont surpris, elles nous ont en tout cas vivement intéressés ; il sera important d'être renseignés dans la suite sur le sort des opérées (il n'y a qu'un homme sur les huit cas relatés).

Certes, nous connaissons les adhérences que laisse dans la région cœcale toute inflammation, nous savons qu'assez souvent l'excision de l'appendice ne supprime d'emblée ni tous les symptômes douloureux, ni tous les troubles gastro-intestinaux, et nous continuons à employer volontiers le terme de pérityphlite ; si nous n'avons pas eu l'occasion d'intervenir dans des cas analogues à ceux de M. Tavel, nous avons par contre opéré récemment (avec succès) deux malades atteints d'occlusion aiguë, six mois environ après une résection à froid ; dans un cas (présenté à notre Société le 9 avril 1904) le sujet avait traversé plusieurs crises graves d'appendicite, dans l'autre, au contraire, la résection fut faite *en passant*, au cours d'une laparotomie ; il s'agissait dans les deux cas de coudure d'une anse grêle par bride. (Les observations seront publiées *in extenso*.)

Des accidents de ce genre ne sauraient en aucune façon nuire à la cause de la résection à froid ; ils ne tiennent nullement à la nature de l'opération : toute inflammation abdominale, toute intervention sur l'abdomen

¹ *Rev. méd. de la Suisse rom.*, janvier 1904.

créent des adhérences qui invitent à l'occlusion mécanique. C'est là un fait général et, à ce point de vue, nous ne trouvons pas qu'il y ait lieu de créer un chapitre spécial pour la région cœco-appendiculaire.

Ces accidents d'occlusion aiguë seront heureusement surmontés dans la grande majorité des cas, pour peu qu'on intervienne à temps.

M. ROSSIER parle de la *lutte contre le carcinome de l'utérus*:

Chacun reconnaît actuellement que le carcinome utérin attaqué de bonne heure est guérissable par l'extirpation totale de l'organe, et que chaque retard apporté à cette intervention représente un danger considérable pour la malade, et cependant nous ne guérissons que 10 % des cas et 45 à 50 % seulement sont opérables quand ils nous parviennent. Si le diagnostic certain n'est pas possible au début par les moyens cliniques seuls, l'examen microscopique transformera souvent en certitude un diagnostic clinique probable.

M. Rossier passe en revue la valeur respective des symptômes du cancer utérin, puis il indique les résultats que donnent le toucher, l'excision exploratrice, le curettage explorateur. Une fois le diagnostic posé, il reste à résoudre une seconde question, celle de l'opérabilité, et enfin le médecin doit tout mettre en œuvre pour décider le plus tôt possible les malades à se soumettre à l'opération radicale.

M. Rossier attire l'attention sur la lutte si consciencieusement poursuivie par Winter, de Königsberg, contre cette maladie; il le montre s'adressant aux médecins, aux sages-femmes et au public pour les éclairer sur la situation. Il cite des chiffres qui prouvent éloquemment l'étendue du mal, mais aussi la possibilité d'y porter remède, puisqu'en cinq ans Winter a déjà vu monter la limite de l'opérabilité de 17 %.

M. Rossier donne ensuite la statistique de sa clientèle privée, non compris la polyclinique, et illustre sa conférence par des dessins et par la démonstration d'un carcinome du corps de l'utérus, le dernier qu'il a opéré par extirpation abdominale totale.

M. MURER, tout en reconnaissant l'utilité de la lutte contre le carcinome de l'utérus, est un peu sceptique à l'égard des résultats qu'elle pourra donner dans notre pays où le personnel médical est très nombreux, où les médecins sont bien au courant de la question, où les sages-femmes sont éclairées et où le public s'adresse aussi vite au médecin, en un mot dans un pays où la situation est en général favorable.

Ce qui empêchera toujours les malades d'être traités dès les premiers commencements de la maladie, c'est le fait que le début du cancer de l'utérus est silencieux et ne donne pas de symptômes du tout: les pertes irrégulières, les pertes de sang *post coïtum*, sont des symptômes d'ulcérations, et le carcinome du col à nodule profond, par exemple, ne donne lieu à des symptômes que lorsqu'il est assez avancé pour avoir atteint la surface et s'être ulcéré; il n'est plus alors à son début. Ce n'est donc souvent ni la faute de la malade, ni celle du médecin, ni celle de la sage-femme, mais bien celle de la maladie elle-même, si les malades se

présentent souvent trop tard. Le carcinome tout au contraire est difficile à diagnostiquer aussi bien histologiquement qu'il existe même des cas où l'examen microscopique est positif alors que la maladie est déjà suspecte et qu'il faut alors opérer. Le diagnostic histologique, absolument concluant; s'il est douteux ou incertain, les biopsies peuvent et doivent emporter la décision de la résection de parcelles suspectes du col et le curettage du corps. Comme un carcinome du corps n'est pas toujours évident, et il importe cependant que ces petites biopsies soient faites et suffisantes, car l'anatomo-pathologiste ne peut se baser sur ce qui lui est présenté.

Il résulte de tout cela que le diagnostic du cancer du col est facile pour personne et qu'il est tout particulièrement pour le médecin praticien qui ne voit pas tous les jours. Cependant il est évident que le médecin doit tout examiner dans le vagin les malades qui présentent les symptômes décrits en manière très complète M. Rossier.

Le carcinome du corps est celui qui donne le moins de récidive moins rapidement et moins souvent que celui du col. M. Muret dit n'avoir rencontré que rarement dans le corps un des symptômes classiques décrits par M. Rossier, les douleurs dues à des coliques utérines; c'est peut-être le seul signe qui empêche souvent le médecin de faire le diagnostic. Il faut donc de ne pas insister sur ce symptôme.

Il est bien évident que plus les malades se présentent tôt, plus l'opération radicale aura de chances de guérison complète. Malheureusement nombre de malades au début et très favorables récidivent rapidement, et les femmes, de sorte qu'il existe plusieurs facteurs inconnus dans cette question.

M. Muret estime que le médecin ne doit pas dire à la famille qu'il y a un cancer; il doit à la famille toute la vérité et tout lui expliquer sur les nécessités de l'opération, mais il ne doit pas signifier à la malade elle-même ce qui est une sorte d'arrêt de mort, puisque nous ne savons pas quels cas qui récidiveront et ceux qui seront guéris pour toujours. D'ailleurs, ne connaît pas assez sa malade pour dire sans lui faire beaucoup de mal.

En résumé, M. Muret croit que la lutte contre le cancer du col, que Winter l'a entreprise avec succès à Berlin et que M. Rossier parle d'engager dans notre pays, est une lutte difficile mais qu'il ne faut pas se faire trop d'illusions sur elle.

M. Roux dit qu'en matière de cancer il faut a

lité et opérer au plus tôt ou, si l'on n'a pas cette foi et qu'on veuille empêcher l'opération, avoir le courage d'assister ses malades jusqu'à la fin, sans les pousser à une opération quand il est sûrement trop tard. Pour justifier sa confiance dans l'intervention, il cite des cancers du testicule, du sein, de l'utérus opérés par lui après 21 ans, 20 ans, 15 ans. Puis, loin de se laisser décourager par l'argumentation de M. Muret, il abonde dans le sens de M. Rossier et de Winter. Plus le diagnostic hâtif est difficile, plus il faut y songer, faire l'examen histologique, prévenir les femmes, et avoir recours aux journaux ou à tout autre moyen d'enseignement — à plus juste titre que pour leur faire connaître les avantages d'un nouveau biberon. La proportion de malades qui viennent à l'Hôpital déjà inopérables ne laisse rien à envier à celle de la Prusse orientale; et quelles que soient les causes multiples de cette déplorable situation, le corps médical peut seul et doit l'améliorer.

Enfin l'orateur croit le médecin mieux placé qu'une fille ou une sœur pour laisser soupçonner à une malade timorée la nature de son mal, quand les conditions de réussite lointaine semblent si favorables qu'on voudrait en toute conscience forcer pour ainsi dire une décision. Mieux qu'un laïque quelconque, le médecin saura ce qu'il faut dire pour ne pas laisser nue la cruelle vérité en cas de récurrence.

M. ROSSIER regrette que devant l'importance vitale de cette question, M. Muret jette dans les esprits le scepticisme qu'il a précisément essayé d'en faire disparaître et qui n'a déjà fait que trop de mal. Il y a dans ce qu'a dit M. Muret, une contradiction qui étonne entre le fait de recommander la lutte inaugurée par Winter et celui de démolir point par point ce qui fait la valeur de cette lutte. M. Rossier est heureux d'entendre M. Roux, dont l'expérience est si considérable, reconnaître l'importance de la campagne à engager et en confirmer la grande utilité. Il ne doute pas que l'auditoire n'ait compris ce qu'il a décrit comme symptômes du début du carcinome utérin; il ne lui a pas semblé nécessaire de dire qu'il ne parlait pas des premières cellules cancéreuses qui apparaissent dans le tissu utérin. Il espère que tous les membres de la Société tiendront à honneur de suivre Winter dans la voie si utile où en cinq ans il a obtenu déjà des résultats aussi brillants.

M. MURET répond qu'il n'a jamais songé à nier la curabilité opératoire du cancer de l'utérus, à laquelle il croit fermement, sinon il n'opérerait pas; il opère souvent et il a des cas guéris depuis nombre d'années. Il a simplement cherché à montrer que si chez nous beaucoup de cancers arrivent au gynécologue trop tard pour une opération radicale, c'est plus souvent le fait de la maladie que celle des médecins, et il a cru pouvoir faire dans ce sens quelques réserves sur les résultats à attendre de la lutte contre le cancer, en discutant au point de vue purement scientifique devant une assemblée de médecins suffisamment éclairés sur la question pour ne pas se laisser décourager. Quant à la lutte contre le carcinome de l'utérus préconisée par M. Rossier, il en est un partisan si convaincu, que

dans la dernière séance de la *Société d'obstétrique et de Suisse romande* dont il est le président, il a proposé de du jour de la prochaine séance une discussion sur ce sujet les meilleurs moyens à employer dans cette lutte que l'entreprendre sur l'initiative de M. Beuttner.

M. BONJOUR demande à M. MORAX quelle est la proportion en général pour le canton de Vaud et la Suisse. E compte, paraît-il, 30 à 40,000 cas de cancer par an.

M. MORAX répond qu'il n'a pas les éléments d'une situation en mains, et qu'il faut consulter la statistique suisse.

M. MUNER présente une grosse tumeur fibreuse œdémateuse provenant de la lèvre et de la paroi antérieure du col utérin, grosse comme une tête d'enfant, pesait un kilogramme, de la vulve et descendait jusqu'au milieu des cuisses; elle avait une odeur fétide et donnait lieu à un écoulement putride. L'ovaire, était un peu descendu, de telle façon que l'ovaire se trouvait au milieu du vagin, la lèvre postérieure était telle que la lèvre antérieure était formée par la tumeur qui avait déformé la paroi vaginale antérieure et donné lieu à la formation d'une poche. Une incision circulaire autour de la tumeur, passant l'orifice utérin et au-dessous de l'extrémité inférieure du col, permit d'enucléer le petit fibrome qui s'insérait sur la base d'implantation de toute la tumeur. Puis suture au col de la tumeur et de la lèvre antérieure de la portion avec la paroi vaginale. La malade s'est promptement remise, malgré une légère fièvre septique dans les premiers jours, et elle a pu rentrer dans le Haut-Valais, quinze jours après l'opération.

Le Secrétaire : Dr A.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 4 janvier 1905

Présidence de MM. GÖTZ et GAUTIER, présidents.

M. GÖTZ, président, donne lecture du rapport annuel (voir *Revue*).

M. MAILLART, trésorier, présente le rapport financier et le budget pour 1905. La cotisation est maintenue à 22 fr.

Le bureau est élu comme suit : MM. GAUTIER, président; MAILLART, trésorier; GUYOT et Ch. JULLIARD, secrétaires; REVILLON, bibliothécaire.

Commission de la bibliothèque : MM. Eug. REVILLON, GAUTIER.

Conseil de famille : MM. LÉON REVILLON, J.-L. REVERDIN.

Séance du 12 janvier 1905, à l'Hôpital cantonal

Présidence de M. GAUTIER, président.

24 membres présents. 1 étranger.

M. J.-L. REVERDIN parle d'une malade atteinte d'une *tumeur des fosses nasales*, examinée auparavant par le Dr Guder.

Il s'agit d'une dame de 49 ans dont la narine gauche est obtruée par une tumeur et très visiblement dilatée; M. Guder, soit en introduisant un stylet explorateur, soit en tentant l'ablation avec l'anse froide et l'anse chaude a été arrêté par des hémorragies considérables. Dans ces conditions M. Reverdin a pensé qu'il fallait aborder directement la tumeur par une opération donnant une voie large et facile et il s'est adressé à celle d'Ollier, consistant d'abord en une incision partant du sillon nasofrontal et descendant de chaque côté jusqu'à la partie supérieure de l'aile du nez; on scie ensuite l'avant nasal suivant la direction de l'incision; la scie de Gigli est d'un emploi commode pour ce temps de l'opération. L'avant nasal rabattu, il fut des plus facile d'extraire la tumeur en totalité avec une curette. Cette tumeur aplatie de forme triangulaire à angles émoussés mesurait 4 cm. de longueur, 3 de largeur et 1 d'épaisseur.

L'examen histologique a montré qu'elle était formée par du fibrome caverneux, analogue à celui qui constitue les fibromes nasopharyngiens; la localisation de tumeurs de cette espèce dans les fosses nasales est très rare et notre regretté collègue, le Prof. Zahn, avait conservé la pièce pour le musée. La malade a bien guéri, n'a pas présenté de récurrence et, si elle était venue ici comme elle l'avait fait espérer, on aurait pu constater que le résultat au point de vue plastique est excellent, la cicatrice est à peine visible.

M. PATRY présente un homme atteint de *craquements sous scapulaires* (voir p. 50).

M. MALLET montre une fillette atteinte de *ganglions tuberculeux du cou* traitée par les *rayons Röntgen* (une séance par semaine, allant jusqu'à la limite maxima de Sabouraud), et chez laquelle on s'est abstenu de tout traitement général. M. Mallet désire faire constater l'état actuel de la malade afin qu'on puisse mieux juger de l'amélioration future. Il représentera le cas après traitement.

M. BARD présente un garçon de 12 ans, atteint d'une *pleurésie hémorragique* depuis deux mois. On constata à son entrée à l'hôpital l'existence d'un très grand épanchement avec refoulement du cœur et une forte dyspnée. On pratiqua une première ponction de 800 grammes; le liquide était très hémorragique; puis une seconde ponction de 500 gr. La dyspnée persistant on fit successivement jusqu'à 13 ponctions (une tous les trois jours) qui évacuèrent dix litres de liquide. Ce dernier contenait d'abord 350.000 puis 600.000 globules rouges par mm³. L'examen du sang, par contre, pratiqué après deux ou trois ponctions, semblait paradoxal: on y

l'hémoglobine, 6.000.000 hématies et 20.000 globules blancs. Ces résultats, M. Bard se demande quel diagnostic doit être de tuberculose ou d'un néoplasme ? On pourrait songer à la maladie ayant quelques antécédents tuberculeux ; en outre du poumon révèle un sommet suspect. Cependant la leucocytoxication incessante de l'hémorragie, jointes à une apyrexie lent plutôt en faveur d'un néoplasme, probablement une tumeur du médiastin ; d'autre part on ne trouve pas d'éléments dans le liquide. Si le sang continue à présenter de la fibrine, il faudra incliner vers le néoplasme. Comme traitement on a pratiqué en injections intrapleurales et intraveineuses à la dose de 3 cc. de la solution au $\frac{1}{1000}$, mais sans succès.

On demande quel était l'état du malade au point de vue de la ponction ?

Il y avait un soulagement manifeste.

On est d'avis qu'une malformation du cœur pourrait peut-être expliquer l'augmentation des hématies.

LIARD demande à M. Bard si cette leucocytoxicose ne peut pas être le seul fait de la présence du liquide dans la séreuse, ou des ponctions répétées qui ont été pratiquées ? Il se souvient d'une arthrose du genou, consécutive à une fracture fermée de la tibia, et d'une première ponction faite avec toutes les précautions possibles, révéla un rapport globulaire analogue à celui du sang. La deuxième ponction pratiquée quelques jours plus tard dénotait une augmentation des globules blancs avec leucocytoxicose sanguine de 20.000. On sait que l'irritation mécanique et le renouvellement du liquide dans une séreuse consécutifs à une ponction ont tous deux pour conséquence l'apparition d'une quantité souvent considérable de leucocytes dans l'épanchement. Peut-être le fait en question se rapproche-t-il de cela.

On veut que la chose soit possible. Cette leucocytoxicose est justifiée au cas son intérêt.

On demande si après la ponction on n'a pas observé des signes de laryngosténose ?

On répond que le malade a toujours bien respiré après les ponctions. Il est en outre que l'absence d'adenopathies secondaires dans les ganglions axillaires au palper parle contre l'existence d'une tumeur.

On présente un homme de 32 ans atteint d'épithélioma du rectum. On remarque que la jeunesse du sujet ne constitue pas un fait exceptionnel apparaissant parfois à un âge encore moins avancé. Il s'agit d'un néoplasme circulaire, non tout à fait annulaire, siégeant au-dessus de l'anus. On parvenait même à en atteindre les parties supérieures par le toucher. Bien que le néoplasme fût haut, on ne voulut pas l'extirper par la voie abdominale. Il présente les caractéristiques suivantes dont il tient à souligner les heureux effets :

Au moyen de l'incision de Kraske on arrive sur le rectum, on décolle l'S iliaque et l'abaissant, on l'invagine peu à peu dans le rectum jusqu'à ce que la tumeur sorte par l'anus. Il se forme ainsi un véritable prolapsus. En plaçant alors une pince au-dessus du néoplasme, on excise le tout et on pratique les sutures à l'extérieur, en évitant ainsi le danger de contamination des parties voisines par les matières fécales. Le résultat a été très bon, bien qu'il se soit formé une petite fistule stercorale, qui est en train de se fermer.

M. J.-L. REVERDIN présente une *tumeur de la région rénale*. Le malade avait des hématuries depuis dix ans. La séparation des urines au moyen de l'appareil de Louys permit de recueillir du côté malade une petite quantité d'urine hémorragique. L'opération révéla l'existence d'une tumeur adhérente; on fit la décortication dans la substance même du rein. Le malade succomba après l'opération.

M. BARD dit que la tumeur est formée microscopiquement de deux parties; l'une dure paraît être du fibrome, l'autre plus molle un épithéliome. A quel type épithélial appartient-elle, à celui du rein ou des capsules surrénales? On trouve au microscope des cellules volumineuses en mosaïque, sans tendance à la formation tubulée. C'est évidemment une tumeur épithéliale maligne.

M. LARDY présente un *cancer du rein* opéré le 1^{er} novembre 1901. La malade est encore en bonne santé. La tumeur siégeait au pôle inférieur du rein. Au moyen du cystoscope on voyait du sang sourdre par l'uretère. L'extirpation se fit par la voie lombaire.

M. BARD parle d'un cas d'*hématurie* et montre le rein provenant du malade entré à l'hôpital le 15 décembre. Cet homme avait été pris brusquement d'une violente douleur dans l'abdomen avec rétention complète d'urine. Deux heures après l'urine commença à sortir péniblement accompagnée de caillots gros comme de petites noisettes. Du 15 au 20, l'urine reste toujours hémorragique. La centrifugation donne un liquide hémolysant contenant 1,50 p. d'albumine. Le malade est envoyé en chirurgie.

M. GIRARD: On se trouvait en présence de plusieurs diagnostics: une tumeur du rein ou de la vessie, une tuberculose rénale ou une néphrite hémorragique. On fit la cystotomie dans le but d'éclairer le diagnostic. La vessie était remplie de caillots. L'uretère droit donnait une urine claire mais de l'uretère gauche sortait un long caillot. On pencha alors pour une tumeur du rein gauche. La néphrotomie montra qu'on avait affaire à une *néphrite hémorragique*. Le malade succomba le cinquième jour avec des symptômes d'anurie. A l'autopsie on trouva le rein droit atteint, comme le gauche, de néphrite épithéliale, mais beaucoup moins accentuée.

M. HUGURNIN demande la cause de l'unilatéralité de l'hémorragie.

M. BARD répond que les lésions étaient plus accusées du côté droit.

M. VEYRASSAT dit que le prof. Jaboulay à propos d'une néphrotomie pour néphrite unilatérale a cité une statistique due à Israel et Edebohls

qui signale le fait que, au début, un assez grand non unilatérales.

M. GAUTIER : Comme conclusion pratique il semble s'imposer que dorénavant il faudra demander qu'on fasse, dans les néphrites, la séparation des urines pour éclairer le diagnostic. Il a vu pour son compte trois cas de néphrites hémorragiques compliquer des cas d'érysipèle.

Le vice-secrétaire Dr Charles JULLIARD.

Séance du 26 janvier 1905, à l'Hôpital cantonal.

Présidence de M. GAUTIER, président.

27 membres présents, 10 étrangers.

M. PARAY présente un malade qu'il a traité pour une *arthrite traumatique du genou* et dont il rapporte l'observation :

M. R., charpentier, 30 ans, en travaillant aux réparations du hangar des tramways, touche un fil électrique à haute tension et tombe d'une hauteur de plusieurs mètres. Il perd connaissance. On le relève et on fait chercher un médecin qui constate, outre de nombreuses contusions, une plaie pénétrante de l'articulation du genou gauche. Il s'écoule par la plaie un liquide filant, clair (synovie). — Désinfection, suture cutanée, pansement antieptique.

Je vois le malade le lendemain, 24 novembre 1904 ; il souffre de son genou ; il n'a pas une bonne position dans son lit. A ce moment je ne puis constater d'épanchement articulaire, mais la palpation et surtout les mouvements de la jointure sont très douloureux. Il existe une légère lymphangite de la cuisse. — Pansement humides renouvelés deux fois par jour.

Le 26 novembre j'ôte les sutures ; le moindre mouvement est très douloureux. Fièvre, sensation de battement, léger œdème de la jambe. Il se développe en un mot une arthrite suppurée de ce genou avec état général inquiétant : fièvre, vives douleurs, vomissements, perte absolue de l'appétit. La réunion de la plaie ne s'est pas produite, il y a désunion de la suture.

Le 1^{er} décembre je fais transporter le blessé à ma clinique où je l'opère de suite en narcose à l'éther : Incision double du cul de sac supérieur de la synoviale. Débridement de la plaie originelle. Il s'écoule un flot de pus, environ 100 gr. Le doigt introduit par la plaie arrive aisément dans l'articulation. Lavage antiseptique de celle-ci. Puis tamponnement articulaire avec de la gaze imbibée d'une solution à partie égale de sublimé à 1 ‰ et d'acide phénique à 5 ‰. Pansement ; gouttière.

Le lendemain les douleurs ont presque disparu et ne se reproduisent pas.

Du 1^{er} au 14 décembre le tamponnement est changé tous les deux jours. La suppuration d'abord abondante va progressivement en diminuant. La température oscille entre 37,4 et 39,5°. Le 14 décembre, la plaie ayant bon aspect, je ne pratique plus de tamponnement de l'articulation, et de ce fait la température revient à la normale. Le malade commence à se lever le 22 décembre, il quitte la clinique le 24. Les plaies sont entièrement cicatrisées le 3 janvier 1905. Massages depuis le 12 janvier.

Actuellement, à part une légère atrophie des muscles de la cuisse, le blessé peut être considéré comme guéri. Les mouvements d'extension de la jambe sont normaux, ceux de flexion le sont presque, car celle-ci dépasse l'angle droit. En explorant le genou, c'est à peine si on peut sentir un léger épaissement de la synoviale.

De ce cas, heureusement bien rétabli, je crois qu'on peut tirer une indication pratique pour ce qui concerne la clientèle d'assurance tout au moins : Les plaies nécessairement infectées soit par l'agent vulnérant soit par l'état plus ou moins propre de la peau avoisinante, doivent être traitées sans sutures. Au début de ma clinique d'assurance, qui comporte au moins un millier de plaies par an, je me suis laissé aller à faire des sutures. Depuis environ neuf années j'y ai totalement renoncé, exception faite pour quelques plaies de la face, et je m'en suis très bien trouvé.

M. O. EMMI, assistant, présente un malade atteint d'un *tétanos subaigu*, traité dans le service du prof. Bard.

Jeune homme de 18 ans, berger, qui entre le 18 janvier à l'hôpital, présentant des crises caractérisées par une contracture très accusée des muscles des membres inférieurs et du tronc. L'affection, au dire de son patron, aurait débuté par des douleurs lombaires et l'aggravation se serait annoncée le 16 par une raideur généralisée. Il est à remarquer que malgré l'état tétanique très accusé, on n'observe qu'un léger trismus permettant encore au malade de tirer la langue et ne s'accompagnant que de légers troubles de la mastication, mais pas de la déglutition.

Il a été pratiqué deux ponctions lombaires, et chaque fois il a été retiré 10 cc. d'un liquide clair contenant quelques lymphocytes ; à la seconde ponction l'hémolyse a donné un laquage très net à X gouttes ; à VIII gouttes réaction de gâjac faiblement positive. Les deux ponctions, faites les 20 et 23 janvier, furent immédiatement suivies d'une injection de 10 cc. de sérum antitétanique. En outre le malade a pris les deux premiers jours 4 et 7 gr. de chloral pour atteindre, le 21, 12 gr. dans les 24 heures. Le pouls étant resté excellent, la dose a pu être maintenue jusqu'à aujourd'hui.

M. EMMI demande à la Société quel est le traitement de choix dans un cas de *tétanos* déclaré depuis quatre jours, et s'il faut attribuer l'amélioration observée chez le malade au sérum ou au chloral.

M. GAUTIER : Quelle était la température du malade ? Quelle était la porte d'entrée de l'infection ?

température était en moyenne de 38,5°: le malade présentait quelques petites écorchures, mais n'était pas sûr qu'elles fussent stériles au début de sa maladie.

RO: Combien de jours après le début des symptômes fait la première injection de sérum?

Quatre jours après.

RO fait remarquer que d'après l'opinion de Borrel, de Bordeaux, le tétanos déclaré n'est en général pas influencé par les antiseptiques, quelle que soit la voie d'introduction du virus. L'occlusion ne doit cependant pas être négligée, car on peut en neutralisant les toxines qui continuent à se produire améliorer le pronostic et favoriser l'issue heureuse de la maladie.

RO: Vallas, de Lyon, rapporteur au Congrès français de médecine dit qu'il faut quand même se servir du sérum après le début des crises car il peut atténuer les crises.

RO parle d'un cas de tétanos qu'il a soigné en 1871 avec succès à Paris, pendant la Commune. Ils le traitèrent avec 15 à 20 grains d'opium par jour. Le malade guérit au bout de trois semaines. Il dit que les cas de tétanos avec fièvre peu élevée guérissent

plus facilement. RO raconte un cas observé alors qu'il était chef de clinique à l'Hôpital de la Pitié. Il s'agissait d'un cocher qui, à la suite d'une chute s'était fait une plaie à la face. Au bout de quelques jours se déclara le tétanos. Pour le traiter, M. Patry fit des injections sous-cutanées de sérum. Le malade guérit. Quant à la valeur exacte de l'injection, il est difficile de l'établir. Sur plus de dix mille plaies traitées par le sérum, il n'a jamais fait d'injections intra-cérébrales, il n'a jamais observé de tétanos.

RO cite chez le prof. von Leyden un cas de tétanos très grave traité avec succès par des injections de sérum antitétanique dans l'échelle lombaire.

RO croit pas qu'on puisse abandonner les injections de sérum, même bien après le début des crises. Il a vu des cas où des injections intra-cérébrales de sérum ont fait nettement rétrograder la fièvre et ont amené la guérison. Il n'a jamais vu un tétanos aigu guérir avant le traitement par les injections intramusculaires. Le premier de ces cas qu'il a pu amener à guérison par des injections intra-cérébrales. Il ne faut en tout cas plus se limiter aux injections sous-cutanées, et recourir à l'injection intra-veineuse ou encore à l'injection intra-cérébrale.

RO présente les pièces provenant d'une malade morte d'occlusion biliaire par un énorme calcul biliaire ayant passé de la vésicule dans le duodénum. Ce calcul très volumineux représentait pour le corps de la vésicule (Paraitra dans la Revue).

M. KUMMA parle à ce propos du mécanisme de la migration du calcul de la vésicule biliaire à l'intestin. Il cite un cas dans lequel il a pu observer la première phase de cette migration. Il s'agissait d'une personne 75 ans atteinte depuis 50 ans de hernie crurale ; celle-ci devint douloureuse et parut irréductible, simulant un étranglement herniaire. A l'opération on trouva un sac herniaire sans intestin, mais contenant dans son collet du pus ; en suivant ce dernier le long du colon ascendant on parvint jusqu'à la vésicule biliaire perforée par un calcul biliaire qui était en voie de migration, mais se trouvait encore dans la vésicule.

M. GIRARD : Le diagnostic de ces calculs est quelquefois difficile. L'ictère n'existe pas. La seule chose qui puisse mettre sur la voie du diagnostic, c'est l'existence de malaises antérieurs du côté du foie, avec ictère passager, etc. Les calculs ne passent pas toujours directement de la vésicule dans le duodénum. Il se fait parfois des migrations de calculs à travers le péritoine où ils peuvent s'enkyster.

Lorsqu'on est obligé de suturer une anse intestinale, M. Girard conseille la suture en losange, exposant moins aux rétrécissements.

M. WYSS-FLAURY montre deux calculs biliaires énormes enlevés à ses malades par le prof. Kocher. Ils sont remarquables par leur surface de frottement en forme de cavité articulaire.

M. GUYOT cite un cas exactement semblable à celui de M. Patry, qu'il a eu l'occasion d'observer chez une de ses parentes soignée par M. Riou. Il montre le calcul trouvé à l'autopsie dans une anse d'intestin grêle où il était arrivé après passage de la vésicule dans le duodénum. L'opération ayant été refusée, la malade était morte de péritonite aiguë par suite de la perforation de l'intestin au niveau du calcul.

M. G. AUDEOUD présente les pièces provenant de l'autopsie du malade atteint de *méningite* qu'il avait montré à la Société le 24 novembre dernier (voir cette *Revue* 1904, p. 793). Dès lors les symptômes se sont aggravés : apparition de troubles sphinctériens le 2 décembre, de troubles cérébraux le lendemain, avec mort le même jour ; apyrexie presque constante. La maladie avait duré six semaines.

A l'autopsie, on constate un trouble léger et diffus de la pie-mère cérébrale et spinale ; sur les coupes microscopiques, on voit nettement l'infiltration de petites cellules dans cette membrane.

A titre de comparaison, M. G. Audeoud montre le cerveau d'une fillette traitée il y a deux ans par MM. Bourdillon et Mallet, et qui, atteinte d'une *rhinite diphtérique*, est morte en une semaine de *méningite cérébrale aiguë* ; ce cerveau est uniformément recouvert de pus.

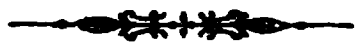
M. LONG fait remarquer combien le pronostic de ces méningites est encore difficile malgré les ponctions.

M. MALLET lit l'observation d'une malade dont les pièces anatomiques vont être présentées et pour laquelle le diagnostic clinique était : *bronchite chronique avec emphysème, périostite du fémur droit et du pariétal gauche, probablement syphilitique*.

M. HUGUENIN présente les pièces provenant de l'autopsie de cette malade. Il a trouvé des *foyers multiples de carcinome* dans l'appendice vermiculaire, le colon transverse, la bronche droite, les poumons, le foie, le péritoine, les ovaires, la trompe droite, la dure-mère et toute une série d'os (crâne, côtes, fémur droit). Les tumeurs de l'appendice, du colon transverse, de la bronche, sont ulcérées. Il est impossible de déterminer où a été le carcinome primitif. Il n'est guère probable non plus que ces trois localisations aient été primitives, les tumeurs ayant toutes une grande ressemblance quant à leur structure qui est celle d'un carcinome avec dégénérescence muqueuse que l'on reconnaît déjà à l'œil nu.

M. GIRARD présente un *sarcome de l'omoplate* enlevé à une femme de 45 ans. La tumeur avait déjà détruit une grande partie du corps de cet os, envahi l'articulation scapulo-humérale et atteint l'extrémité acromienne de la clavicule. Il fallut faire l'ablation en bloc non-seulement de l'omoplate avec son revêtement musculaire, mais aussi la tête de l'humérus par une section dans le col chirurgical et du quart externe de la clavicule. La peau du dos recouvrant l'omoplate étant intacte, elle fut relevée par une incision en volet à charnière médiane, qui fournit un accès très large; elle aurait permis, cas échéant, d'exécuter la désarticulation interscapulothoracique qui aurait pu se montrer nécessaire. L'extrémité supérieure de l'humérus fut suturée par deux gros fils d'argent au moignon de la clavicule. Les suites furent très simples; au bout de trois semaines la malade put quitter l'Hôpital. La plaie opératoire était complètement cicatrisée à part quelques bourgeons sur l'orifice de drainage. L'avant-bras et la main possédaient leurs mouvements normaux, actifs et passifs; l'humérus n'avait encore qu'une très minime mobilité active dans le sens de l'adduction. L'analyse histologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Le Secrétaire : Dr F. GUYOT.



BIBLIOGRAPHIE

Henri HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 2^e série. Voies urinaires et testicule. Avec la collaboration de Cuneo, Lecène, Lebreton, Esmonet, Lavenant et Prat; 1 vol. gr. in-8 de 320 p. avec 105 fig., Paris 1904, Steinheil.

Ce volume renferme plusieurs mémoires importants et quelques observations intéressantes au point de vue clinique, ainsi que le résultat de recherches expérimentales et bactériologiques et d'études d'anatomie normale ou pathologique; ces travaux, dus soit à M. Hartmann lui-

même, soit à ses élèves, ont été faits dans le service Civiale ; ils constituent une contribution des plus importantes à l'étude des maladies des voies urinaires et du testicule.

En tête du volume, nous trouvons la statistique du service Civiale du 1^{er} mars 1902 au 28 février 1903 faisant suite à celle que contenait la précédente série. Les premiers mémoires ont trait à la pathologie du rein et des capsules surrénales ; les tumeurs de la capsule surrénale, encore imparfaitement connues, sont décrites par MM. Hartmann et Lecène. Vient ensuite une très importante étude sur les tumeurs solides du rein due à M. Lecène ; elle renferme des documents importants au point de vue anatomo-pathologique, macroscopique et microscopique, ainsi qu'à celui de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement, avec observations à l'appui et de nombreuses figures. M. Hartmann a écrit trois mémoires sur les kystes du rein, sur la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie et sur le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation des reins. Nous devons encore à M. Hartmann une note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-urétrale, un travail intitulé : kystes hydatiques et rétention d'urine et un autre consacré à un cas d'hydro-hématocèle en bissac infectée de dimensions énormes. L'anatomie normale des glandes bulbo-urétrales est décrite par M. Lebreton à la suite de recherches personnelles. Un intéressant article dû à la plume de M. Lavenant traite d'une affection rare et ordinairement méconnue ou du moins reconnue tardivement, l'épithélioma primitif de l'urètre prémembraneux chez l'homme. Une observation de tuberculose de l'urètre simulant un néoplasme est relatée par MM. Lecène et Prat. M. Esmonet a fait une étude sur la tuberculose expérimentale du testicule, une autre sur la question des orchites expérimentales. Nous trouvons enfin une note de MM. Hartmann, Esmonet et Lecène sur la bactériologie des vaginalites aiguës et une autre de M. Cuueo sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique.

Longs ou brefs, les travaux contenus dans ce volume présentent tous un grand intérêt et témoignent de la bonne direction scientifique et de la féconde impulsion donnée par le directeur actuel du service Civiale, M. Hartmann, à ses élèves, ainsi que de son activité personnelle.

J.-L. R.

J. ANDRÉ. — Guide pratique d'urologie clinique. 1 vol. in-18 de 238 p. avec 8 fig. Paris, 1904, J.-B. Baillière & fils.

L'auteur de ce petit ouvrage, chef du laboratoire des cliniques à l'Ecole de médecine de Marseille, s'est attaché d'abord, après avoir étudié la vie cellulaire normale, à déterminer la caractéristique de la vie cellulaire pathologique, tâchant ainsi d'expliquer les modifications essentielles du liquide urinaire pendant la maladie. Il étudie ensuite ; 1^o Les *corps anormaux* ; les albumines urinaires, le glycosé, l'acétone ; 2^o les *matières colo-*

rantet et les acides d'origine biliaire; indiquant ou la diazoreaction d'Ehrlich, leucine et tyrosine, cystine, urine chyleuse, les principaux médicaments faciles à séparer. *Sédiments de l'urine* : sédiments non organisés (acétates, phosphates, carbonates, calculs urinaires), globules, cylindres urinaires, spermatozoïdes, parasites. L'examen de la *perméabilité rénale* fait l'objet d'une épreuve de l'iodure de potassium, du salicylate de méthylène, de la rozaniline, de la phloridzine. Il est appliqué à la *cryoscopie des urines*, exposant la théorie de l'ion au diagnostic et au pronostic des affections.

Permettre au médecin de pratiquer lui-même rapidement l'analyse d'urine, l'aider à raisonner et à interpréter de cette analyse, tel a été le but de l'auteur.

A. BROCA. — *Leçons cliniques de chirurgie infantile*. in-8° de 384 p. avec 98 fig. Paris, 1904.

Ce livre comprend trente-cinq leçons conçues pour ce qui est spécial à l'enfance, les descriptions toutes établies à peu près exclusivement sur ce qui est. Quant à la manière dont ces sujets sont exposés, faire que de citer les termes dans lesquels M. Broca a fait à l'Académie de médecine de Paris :

« Je présente à l'Académie au nom de mon collègue Broca, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malade, Faculté, une seconde série de *Leçons cliniques de chirurgie infantile*. La plupart de ces leçons ont été professées à l'hôpital, sous le service du prof. Pinard, où depuis trois ans M. Broca est professeur complémentaire de chirurgie infantile. On s'explique d'entre elles soient consacrées à la syphilis héréditaire, formes, dont les cas abondent dans un service d'ophtalmologie, a renouvelé et complété sur ce point les recherches de Fournier, des Lancereaux, etc. Il est en quelques mots un livre de cliniques. Il me paraît que le second volume complète heureusement, sans épuiser, ce que vous ai déjà présenté de la part de M. Broca. Ce jeune professeur l'y retrouveront tout entier — bon aloi, bon sens chirurgical, clarté d'exposition qui font à la fois l'attrait et le charme de tout ce

VARIÉTÉS

NECROLOGIE. — Le Dr PORTE. — Un nouveau deuil vient de frapper le corps médical genevois en la personne du Dr Louis Porte décédé au commencement de ce mois à l'âge de 61 ans.

Marie-Jacques-Louis Porte était originaire du Jura bernois; il était né le 22 janvier 1844 à Porrentruy où il reçut sa première éducation. Ses études médicales se firent à Berne et à Strasbourg, et il les poursuivit à Genève comme interne à notre Hôpital cantonal. En 1869 il était attaché au service de chirurgie dirigé par le regretté Dr Piachaud et il publiait un intéressant compte rendu sur les malades observés dans ce service, ainsi qu'un court mémoire sur le traitement de la tumeur lacrymale par la destruction du sac, basé sur quatre observations (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1869, pp. 83 et 255). Ce fut aussi à Genève qu'il passa avec succès, dans la même année, ses examens d'état et qu'il s'installa bientôt après comme praticien. Il ne tarda pas à acquérir par son talent une nombreuse clientèle et se fit connaître en particulier comme habile opérateur; ce fut lui qui fut chargé de traiter les affections chirurgicales à l'Hôpital catholique de Plainpalais jusqu'en 1873, date de la fermeture de cet établissement, contre laquelle il a toujours vivement protesté. Naturalisé genevois, il se mêla activement à notre vie politique et sociale, et fit partie du Grand Conseil à partir de 1892, comme représentant du parti indépendant. Il joua dans cette assemblée un rôle très actif; nous ne mentionnerons ici que la modification due à son initiative dans notre législation sur l'art de guérir et qui est encore connue sous le nom de « loi Porte ». La principale innovation qu'elle renferme est l'interdiction de l'exercice des différentes branches de l'art de guérir dans notre canton aux personnes autorisées à les pratiquer dans un état étranger, si cet état n'accorde pas la réciprocité aux personnes ayant pris des diplômes équivalents dans notre pays. (Voir cette *Revue*, 1893, p. 362). Ajoutons que Porte était depuis de nombreuses années membre de la Commission de l'Hôpital cantonal et a siégé dans le Conseil de l'Association des médecins du canton de Genève. Sa santé, qui s'était altérée durant ces dernières années, l'obligea il y a quelques mois à renoncer à ses occupations, et il ne se représenta pas aux élections du Grand Conseil de novembre dernier. Il a succombé aux progrès de la maladie le 4 février 1903.

Porte laissera de vifs regrets parmi ses malades auxquels il était très dévoué et parmi ses collègues dont il était fort apprécié. Nous exprimons à sa nombreuse famille toute notre sympathie.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE. — Le cinquième congrès international de gynécologie et d'obstétrique se réunira à St Pétersbourg du 11 au 18 septembre 1905 sous la présidence de M. le professeur Dmi-

tri DE OTT. M. le prof. Auguste REVERDIN (15, Rue du Général Dufour à Genève), avec M. le Dr BETRIX, comme secrétaire, a été chargé de l'organisation de ce congrès pour les médecins suisses qui désirent y assister.

Les versements doivent être faits par chèque au Trésorier, M. le Prof. A. ZAMCHINE (St-Petersbourg Wassili Ostrow, vis à vis l'Université, 3). La cotisation est de 10 roubles. Les congressistes qui désireraient inscrire quelque dame de leur famille, doivent en faire part au trésorier en lui indiquant le nom de ou des intéressées et en versant la somme de 5 roubles par personne. Ce versement donne droit à tous les avantages accordés aux congressistes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CLIMATOLOGIE ET D'HYGIÈNE URBAINE. — Le deuxième Congrès se réunira à Arcachon du 24 au 28 avril et se clôturera à Pau le 29 avril. Il se tiendra sous la présidence du prof. RENAULT de Lyon. Pour les renseignements s'adresser à M. le Dr FESTAL, secrétaire général, Villa David, Arcachon. M. le Dr DECHAMP, trésorier général, Villa Tibur, Arcachon, s'occupe de l'encaissement des cotisations et de la correspondance y afférente. — Les compagnies de chemins de fer français consentent, en faveur des congressistes, une réduction de 30 % valable pour Arcachon, Pau et Biarritz pendant les quinze derniers jours d'avril. Femme et enfants des congressistes se joignant à eux jouiront de la même réduction. Des excursions seront organisées sur la Baie et dans la forêt d'Arcachon, ainsi que dans le Béarn et le pays basque. — Un exemplaire des rapports sera envoyé à chaque adhérent dix jours au moins avant l'ouverture du Congrès. Les confrères qui désirent faire des communications sont priés de vouloir bien en adresser le titre et le résumé en quelques lignes au secrétaire général avant le 20 mars. Un programme détaillé des travaux et des excursions ainsi que le règlement et les statuts seront très prochainement publiés et adressés à tous les médecins qui en feront la demande.

PRIX UNIVERSITAIRES. — La distribution des prix de l'Université de Genève a lieu le 28 janvier dernier. Le *prix de la Faculté de médecine* (rapporteur M. le prof. D'Espine) a été décerné à M. le Dr NINO SAMAJA pour un mémoire intitulé : Le siège des convulsions toniques ou cloniques (publié dans cette *Revue*, Février et Mars 1904).

• ERRATA au n° précédent. — P. 63, l. 2, après : M. Roux n'a jamais considéré le traitement chirurgical de l'épilepsie comme, *au lieu de* : efficace, *lire* : idéal.

P. 66, l. 14, *au lieu de* : ce relèvement n'existerait que, *lire* : ce relèvement n'existerait pas et l. 15, *au lieu de* : Bellet, *lire* : Ballet. *Passim* dans la même communication, *lire* : test, *au lieu de* : teste.

OUVRAGES REÇUS. — CHIPAULT. — Chirurgie nerveuse d'urgence, un vol. in-16 de 96 p. (*Actualités médicales*), Paris, 1905, J.-B. Baillière et fils.

BOCQUILLON-LIMOUSIN. — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1905; un vol. in-8° de 322 p., avec une introduction du Dr HUCHARD. Paris 1905, J. B. Baillière et fils.

H. LAHMANN. — Die Kohlensäureansammlung in unserem Körper (Carbonacidæmie und Carbonacidose), in Beitrag zum Verständniss des Wesens innerer Krankheiten; Broch. in-8° de 32 p. Stuttgart 1905, A. Zimmer.

ÉDICALE

E ROMANDE

ORIGINAUX

**de l'embolie graisseuse
des contractures articulaires**
à Chaux-de-Fonds.

APHIE ¹

sch gewaltsamer Streckung beider
5, XIV, p. 235.

ettes im Knochenmark in den ersten
risgau, 1903. (L.)

altsamer Gelenkbeugung. *Deutsche*

itung der Fettembolie. *Berl. klin.*

ibolie. *Fortschritte der Medizin,*

uten Knochenatrophie. *Fortschritte*
VI, 1902, p. 1.

», *Centralbl. für die Grenzgebiete*
p. 465. (L. jusqu'à la fin de 1869.)
mbolie. Munich, 1876.

Gehirns nach klinischen Beobach-
, 1900, p. 333.

osseuses calcaires consécutives à un
903, p. 684.

atrophie bei Entzündungsprozessen
(Inaktivitätsatrophie der Knochen)
abilde. *Wiener med. Wochenschr.*,
ochenschr., 1902, n° 41.

um osteomyeliticum ». *Beitr. zur*

ivie de : (L.), renferment eux-mêmes

R. VON KUNDRAT. Zur Kenntniss des Chloroformtodes. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1895, n° 1-4.

LYMPIUS. Tödliche Fettembolie in der Narkose bei brisement forcé. *Jahrb. der Hamburg-Staatskrankenanstalten*. VI, 1893-1894.

MEEH. Tödliche Fettembolien nach Frakturen. *Beiträge zur klin. Chir.*, VIII, 1891-1892, p. 421.

NONNE. Ueber radiographisch nachweisbare akute und chronische Knochenatrophie (Sudeck) bei Nerven-Erkrankungen. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, V, 1902, p. 293. (L.)

OTTÉ. Ein Fall von Thymustod. *Thèse de Königsberg*, 1903.

A. PALTAUF. a) *Wiener klin. Wochenschr.*, 1889, n° 46; 1890, n° 9. — b) *Berliner klin. Wochenschr.*, 1892, n° 13.

E. PAYR. a) Ueber tödtliche Fettembolie nach Streckung von Contracturen. *Münchener med. Wochenschr.*, n° 28, 12 juillet 1898. — b) Weitere Beiträge zur Kenntniss und Erklärung des fettembolischen Todes nach orthopädischen Eingriffen und Verletzungen. *Zeitschr. für orthopæd. Chir.*, VII.

W. ROUX. Ueber die Dicke der statischen Elementartheile und der Maschenweite der « Substantia spongiosa » der Knochen. *Zeitschr. für orthopæd. Chir.*, IV, 1896, p. 284.

SCHUCHARDT. Die Krankheiten der Knochen und Gelenke. *Deutsche Chir.* n° 28, 1899. (L.)

SCRIBA. Untersuchungen über die Fettembolie. *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, XII, 1880. (L.)

SMIRNOW. Zur Frage über Fettembolie nach Knochentraumen. *Chirurgie*, tome XIV, n° 79, p. 14, 1903. (Ouvrage russe.)

P. SUDECK. a) Ueber die akute entzündliche Knochenatrophie. *Archiv für klin. Chir.*, LXII, 1900, p. 147 et *Chirurgenkongress*, 1900. — b) *Münchener med. Wochenschr.*, 1902, p. 299. — c) *Deutsche med. Wochenschr.*, 1902, n° 19. — d) Zur Altersatrophie (einschl. « coxa vara senium ») und Inaktivitätsatrophie der Knochen. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, III, 1900, p. 201. — e) Ueber die akute (reflektorische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Verletzungen an den Extremitäten und ihre klinischen Erscheinungen. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, V, 1902, p. 277.

WIENER. Wesen und Schicksal der Fettembolie. *Arch. für exper. Path.*, XI, 1879.

WAHNCAU. Ein Fall tödtlicher Fettembolie. *Thèse de Halle*, 1886. (L.)

Nous avons observé à la clinique particulière du Dr de Quervain, de La Chaux-de-Fonds, un cas d'embolie graisseuse après redressement brusque, qui diffère de ceux publiés jusqu'ici en ce que nous avons pu constater les symptômes caractéristiques de cette complication sans que le malade ait succombé.

Cet accident, toujours redoutable, a engagé M. le Dr de Quervain à nous proposer l'étude de ce sujet, dont la pathogé-

mmement élucidée. Notre travail a d'ail-
 ément pratique. Nous essayerons de
 uyant sur les observations contenues
 licale, si nous ne possédons pas un
 tualité fâcheuse d'une embolie grais-
 ratoire aussi peu grave en apparence
 que.

s tout d'abord le cas que nous avons

M. le D^r de Quervain, et relaterons
 és jusqu'à présent dans la littérature
 is enfin à l'étude de l'ensemble de ces
 t d'en dégager des conclusions prati-
 ions et contre-indications du redresse-

, 13 ans.

s été malade avant le 22 mars 1900. Le soir
 s douleurs dans la jambe gauche et en même
 arda le lit quelques jours; chaque fois qu'il
 les douleurs augmentaient d'intensité et il
 immédiatement. Le médecin qui fut appelé

ordonna des poudres de salicylate de soude.
 lerne de la jambe, à la limite des deux tiers
 ur, apparut une tache brun-rouge sans trace

Le huitième jour, un chirurgien consulté
 igné du tibia, fit une incision au Paquelin
 rovoquer d'écoulement de pus. On applicua
 a salicylée sur la plaie. Les douleurs dimi-
 jours après la première incision, on en fit
 rne, à la même hauteur que la première. Il
 té de pus. Immédiatement après, la jambe
 rs devinrent plus fortes, pour diminuer après

Huit jours plus tard, c'est-à-dire quatorze à
 n de la maladie, un autre chirurgien appelé
 panation du tibia. Peu de temps après, le
 des béquilles sans grandes douleurs. Il tomba

chaque fois de violentes douleurs dans la
 eau le lit quelques jours. De temps à autre il
 gien consulté en dernier lieu, qui sondait la
 le accompagnée d'une forte fièvre apparais-
 de la plaie. Peu à peu l'articulation du genou
 sture en flexion. Les plaies de la jambe se
 dernier le malade fit une cure à Schinznach.

et du malade (3 octobre 1903): Ulcères torpides de la jambe à la hauteur de la malléole externe, d'environ 10 cm de large, l'autre en avant et en dessus de la malléole interne, petit. Tous deux sont recouverts de granulations d'un gris grisâtre opératoires étendues de chaque côté de la jambe. Le che est en légère flexion, à 165° environ. Extension considérable. Flexion à peu près normale. Le pied est en position équin. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et tions du tarse sont complètement abolis. Le malade marche équilibres et évite de s'appuyer sur le pied gauche. *Examen* *ique*: Forte ostéoporose du pied et de la jambe gauches. Pas de visibles.

(3 oct. 1903 à 6 h. du soir): Narcose au bromure d'éthyle. Désinfection des plaies à la teinture d'iode. Curetage des granulations fraîches sont saupoudrées de vioforme. On profite de pour pratiquer le redressement du pied et du genou. En redresser le pied, on a la sensation d'une résistance élastique de l'os et cédant à l'application d'une certaine pression. Cette faisant prévoir l'écrasement de l'os plutôt que la rupture de ses ligaments engage à ne pas pousser plus loin ces tentatives. Le redressement du genou s'obtient plus facilement, mais ici également le tibia présente une élasticité anormale. La position du pied et de la jambe maintenue à l'aide d'un léger appareil plâtré muni de larges bandes au niveau des ulcères cutanés.

Le malade a dormi toute la nuit. T. m. 37°7. Dans le courant de la matinée, il se sent assez bien, il est tranquille dans son lit.

Le malade a été agité pendant la nuit. A 7 h. du matin, il se réveille avec des nausées puis des vomissements fréquents. Il expectore des glaires teintées de sang. T. 40°3. P. 140. R. 28.

Poumon. A gauche, en arrière et en bas des râles humides et quelques râles secs. Pas de matité. L'autre poumon est tout à fait normal. Subjective presque nulle, pas de cyanose. Changement de position. Les plaies présentent un aspect normal, de même les bronches.

Examen clinique: Embolie graisseuse. L'extraction des urines avec cathéter permet de constater une quantité notable de graisse donnant une émulsion très intense.

Tratement: Digitale, codéine.

Le malade délire un peu. Il a continuellement des nausées.

Pendant la nuit le malade a été agité, il n'a pour ainsi dire rien. Nausées. T. m. 39°8. P. 140. R. 30. Dyspnée peu marquée. Pas de cyanose. Dans le courant de la journée, le malade se calme. Abdomen normal. **Tratement**: Deux infusions de sérum physiologique, digitale, codéine. — T. s. 39°5. P. 130.

. Les crachats sont encore glaireux. L'expectoratif du malade s'est quelque peu amélioré. On constate autour de la plaie un œdème vers le genou. On fait au-dessus de la plaie une bande circulaire au collodion. T. s. 39°6.

Etat subjectif et objectif meilleur. La jambe et le genou sont délimités nettement à la plaie par le collodion, c'est-à-dire immédiatement. T. s. 39°4. P. 120. Sur le genou quelques crachats. On fait au-dessus du genou une bande au collodion au-dessus du genou. La rougeur du genou a augmenté et fait saigner. Le pansement est changé. Compres-

. s. 37°6. P. 102.

Le gonflement a diminué. Il n'y a plus de rougeur au-dessus de la cuisse.

La jambe est enduite de pommade à l'huile de menthe.

Normaux. Les plaies se nettoient bien.

On fait prendre au malade des bains de vapeur.

Le gonflement a beaucoup diminué.

On fait une incision sur le sur-œdème de la cuisse droite sur les sur-œdèmes de l'éthyle et à l'éther. Pansement à l'huile de menthe.

Normaux.

On fait un petit des deux ulcères, l'épiderme se détache. On empêche l'épiderme de se greffer sur le plus grand. Pansement à la pommade à l'huile de menthe.

On fait des progrès. Il n'y a plus que quelques plaies qui sont couvertes de granulations.

On se propose de redresser la contracture. On fait une plâtrée fixée autour de la jambe et de la cuisse en laissant à nu l'articulation du genou. On met chacun d'une tige de fer pliée en deux en deux verticales par un tuyau de caoutchouc et qui exerce une action continue.

Normaux. L'articulation du genou présente

réfaction diffuse ainsi qu'un épanchement intraarticulaire. Les mouvements de l'articulation du pied sont très limités et accompagnés de douleurs. L'articulation du genou est presque complètement redressée. Raccourcissement de la jambe gauche, 1 cm à 1 1/2 cm.

Examen. Appareil plâtré combiné avec appareil silicaté jusqu'à la

membre. Le patient s'essaye à marcher dans son appareil.

Examen. Il sort de la clinique pourvu de son appareil.

du commencement de décembre 1903 jusqu'à mi janvier 1904, satisfaisant.

Examen. Hier pendant toute la journée le malade a été debout, et a fait une partie de « luge » dans son appareil plâtré. L'appareil enlevé, on fait un nouvel examen radiographique des deux tibia. Le tibia gauche présente encore de l'ostéoporose au niveau des os. Le péroné est remarquablement mince.

Etat actuel: Claudication assez forte. Dans l'articulation du genou on constate encore des traces d'épanchement. L'extension du genou se fait normalement. La flexion est possible jusqu'à 140°. Les cuisses et la jambe sont fermées, mais recouvertes encore de quelques ecchymoses sur les bords. La région du cou-de-pied est quelque peu épaissie. Le pied se fait avec la jambe un angle de 100°. L'amplitude des mouvements d'extension et de flexion du pied ne dépasse pas 10°. Aucune trace de nouvelle inflammation, pas de fistules. Longueur de l'extrémité inférieure droite: 95 cm., de la gauche: 94 cm. Le pied est quelque peu en dedans. Dans l'urine, rien d'anormal. Le patient se sent tout à fait mieux, son état paraît satisfaisant. Du 15 janvier au 18 mai il marche avec l'aide d'une canne dont il peut même se passer. Il suit l'école.

Examen. *Etat actuel:* Apparition d'une petite fistule au bord de l'anneau, située directement sur la face antérieure du tibia. Le pied se fait avec l'axe de la jambe un angle à peu près droit, mais l'articulation tibio-tarsienne est complètement ankylosée. Les extenseurs des orteils fonctionnent à peu près normalement. L'extension du genou est normale, la flexion presque complète. Les extenseurs et les fléchisseurs du genou sont fortement atrophiés, ceux de la cuisse sont également atrophiés, mais un peu moins que ceux de la jambe. Le patient peut marcher sans canne, mais il boite passablement par suite de l'immobilité de l'articulation tibio-tarsienne, de la faiblesse des muscles de toute la jambe, et peut-être aussi à cause du raccourcissement qui, cependant, n'est pas augmenté. A l'examen, les poumons, le foie, la rate, ne présentent rien d'anormal. A tous les orifices cardiaques, l'on entend un léger bruit systolique, le deuxième bruit pulmonaire est dédoublé. Les ganglions lymphatiques sont tous normaux, excepté ceux de la région inguinale qui sont un peu engorgés par suite de l'irritation provenant de la lésion mentionnée plus haut. Organes lymphatiques de la gorge normaux. Etat général très bon.

Le premier travail fait sur l'embolie graisseuse à la suite du redressement brusque dont il soit fait mention dans la littérature médicale, est celui de Wahncau ; voici le résumé de son observation :

Obs. II (Wahncau) — Petite fille de huit ans, entrée à la clinique de von Volkmann le 11 novembre 1885 ; elle est atteinte depuis un an de contractures multiples des extrémités supérieures et inférieures par suite de rhumatisme articulaire chronique. Elle est incapable de marcher.

Etat actuel (11 nov. 1885) : Développement physique proportionnel à son âge. Pas de fièvre. Le cœur et les organes internes sont sains. Pas d'albumine dans l'urine. Les articulations de la hanche, du genou et des pieds sont ankylosées et en état de contracture. L'articulation de la hanche est légèrement contracturée et en état de flexion et d'adduction. Les genoux sont fléchis à peu près à angle droit. Les pieds sont en état de pieds bots équin. La malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout. Le coude du côté droit est fléchi et fixé à angle droit. Les articulations de la main et des doigts sont aussi complètement ankylosées et fortement enflées. On provoque de vives douleurs lorsqu'on essaye de mouvoir les articulations. La tête est quelque peu tournée à gauche et légèrement fléchie, les mouvements de rotation sont limités, de même la flexion en arrière, tandis que l'inclinaison en avant est possible.

Opération (20 nov. 1885) : Narcose au chloroforme. Redressement brusque des articulations des hanches, des genoux et des pieds. Comme de fortes adhérences fibreuses se sont formées dans les articulations et que les os présentent une faible résistance, on ne peut corriger le pied bot équin qu'en fracturant le tibia complètement et le péroné incomplètement un peu au-dessus de l'articulation du pied. Au moyen du redressement brusque, les deux genoux sont complètement étendus. La correction de l'articulation de la hanche se fait de même. L'opération terminée, les deux jambes sont immobilisées sur de longues attelles en forme de T et maintenues en abduction. Application d'un appareil à extension continue.

En se réveillant de la narcose, la malade se plaint de violentes douleurs dans les genoux. On lui donne un peu de morphine dans la soirée. Malgré cela elle passe une mauvaise nuit. T. s. 37°5.

Le 21 novembre les douleurs ont diminué, T. m. 38°4, s. 38°6.

Le 22 les douleurs ont disparu, la malade a dormi toute la nuit. T. m. 37°8. s. 38°6.

Pendant la nuit du 12 au 13, la malade n'a pas dormi, elle a été très agitée et s'est plainte de violentes douleurs dans les deux jambes qui ne présentent cependant rien d'anormal, Le matin T. 38°6, pouls 140, petit, irrégulier. Dyspnée très forte. On change le pansement. Rien d'anormal au cœur. A l'auscultation des poumons, respiration faible, pas de râles.

— **Traitement** : Lavement, morphine à l'intérieur.

La dyspnée s'accroît dans le courant de la journée et la malade meurt à 2 h. après midi.

Autopsie (24 nov.) : Les articulations des genoux sent mouvoir facilement, mais en faisant entendre des craquements. Les poumons sont gonflés, le gauche présente avec la paroi thoracique. La trachée est par endroit rouge foncé; le poumon droit est volumineux. La plèvre droite, est couverte de nombreuses ecchymoses. À la base complète du poumon droit, un peu moins intense d'aspect, la paroi de la cavité péricardique est parsemée, surtout à la face antérieure du cœur, de nombreuses ecchymoses punctiformes.

Amygdales dépassant un peu le volume d'un haricot, base de la langue de la grosseur d'une lentille, une surface de la base de la langue. Rate de dimension normale, adhérences avec les tissus environnants. Glande thyroïdienne de la grosseur d'un haricot.

On fait une incision dans la jambe droite pour examiner les artères. Les tissus dans le voisinage de l'artère sont infiltrés de sang visqueux. L'infiltration pénètre jusqu'à la hanche, et du sang remplit une cavité formée sous le périoste. Le fémur est fracturé transversalement au-dessous de la tête. La cavité glénoïdale est remplie de sang. L'articulation du genou est complètement conjonctive lâche et riche en graisse. Fracture de l'extrémité inférieure du fémur à 1 à 2 cm au-dessus de la ligne épiphysaire. La spongieuse de l'os est complètement détruite. L'astragale est également remplie de tissu conjonctif et graisseux. Le calcanéum et l'astragale sont très tendres et se déchirent comme une feuille de papier. Fracture du tibia à l'extrémité inférieure de la zone épiphysaire. Le péroné est également fracturé à la hauteur de l'épiphyse inférieure. La tibia est occupée par de la moelle osseuse grasse. Les épiphyses seules contiennent encore du sang.

Examen microscopique : Quantité de graisse très abondante dans les capillaires du poumon. La plus grande artère qui se voit est remplie de graisse à un calibre de 0,4 mm. Dans beaucoup de vaisseaux de la fibrine et des gouttes de graisse de volume variable. Le cœur et des reins remplis de graisse. Plus de la moitié des Malpighi sont également remplis de graisse.

Obs. III (Cotley, premier cas). — Anamnèse : J'ai été affectée d'un genu valgum bilatéral, entrée à la clinique le 3 juin 1904. Elle n'avait souffert d'aucune maladie avant sa quinzième année, elle fut atteinte de rachitisme et les jambes commencèrent à se courber en dehors, ce qui, avec le temps, rendit la marche impossible. Dans le courant

isse droite sur laquelle nous ne savons
accès.

ligèrent à garder continuellement le lit.

filles quelque peu anémiques. Pannicule
droite présente une convexité en avant
é en spirale et aplati comme c'est le cas
he est un genu valgum typique. L'axe
nisse un angle de 135°.

1) : Opération du genou droit d'après la
soit de la même année ostéotomie du
rapidement. Le 14 octobre, les deux
idés, mais ankylosés, de sorte que la
reil.

Redressement brusque des deux genoux
ou gauche l'on entend un fort craque-
ent patellaire s'est déchiré, supposition
psie. On applique ensuite un appareil
fille ne reprend pas connaissance, elle
e dans un demi-sommeil qui se trans-
e somnolence. Température normale.

*2, P. 180, R. 24. Le cœur bat très
et à tous les orifices cardiaques. Râles
hrée. A 9 h. l'état a empiré. T. 39°2.

n, symptômes d'œdème pulmonaire.

stin.

mbolie graisseuse.

perostose rachitique du crâne. Incurva-
téotomie des deux fémurs presque com-
adipreuse du cœur ainsi que des muscles
agie des muscles vaste externe droit et
isseuse des poumons, du cœur, du cer-
l'intestin. Œdème pulmonaire. Tuber-
lymphatiques du cou et des ganglions
droite. Goitre colloïde. Hyperplasie du
re gauche, hémorragies punctiformes de
dème de la dure-mère. Pachymeningite
chronique. Dégénérescence graisseuse

vaste externe droit, on remarque sur le
a substance même du muscle est très
rs hémorragiques et a subi en partie la
'articulation du genou rien de spécial.
la hauteur de la cicatrice provenant de
ablement épaissi. Sur une coupe fron-

constate que la compacte est très amincie sur toute la surface. La plus grande épaisseur est de 3 à 2,5 mm. La moelle est transparente. La plus grande épaisseur de la compacte du tibia est de 3 à 4 mm. La spongieuse de la masse calleuse qui s'est formée au point où fut faite l'ostéotomie est particulièrement tendre.

Microscopique : Les capillaires du poumon sont complètement normaux de même que ceux du cerveau. Les glomérules du rein sont remplis de graisse. Le cœur présente une dégénérescence hyaline de sa musculature, les capillaires sont pleins de gouttelettes lipidiques. Dans l'estomac, l'intestin et la rate, on trouve des cellules remplies de graisse. Par contre le foie est parfaitement normal. Dans le poumon ce sont les artérioles et les capillaires qui sont remplis de graisse, les veines n'en contiennent pas.

des os : On fait macérer le crâne, quelques vertèbres, le fémur droit ; le fémur gauche est conservé dans l'esprit de vin. La macération des os est particulièrement faible. Le bassin pèse 163 gr. Les os sont donc en état d'ostéoporose. On coupe la région des condyles du fémur gauche, un disque d'os est traité par l'acide nitrique, traité par la celloidine et coloré à l'oxylène et à l'éosine. Les trabécules de la spongieuse sont minces et espacées, la structure lamellaire de la compacte est normale, la moelle est très riche en graisse.

Le fémur gauche est parsemé de quelques foyers hémorragiques et très flexible. Les muscles vaste externe droit et gauche sont parsemés d'hémorragies linéaires, ils présentent des signes évidents de dégénérescence graisseuse et d'atrophie.

(deuxième cas). — Jeune fille de 18 ans atteinte depuis 10 ans de tuberculose des parties molles de la jambe et des contours du corps. A 14 ans, elle ne pouvait plus marcher et dut rester au lit. Lors de son entrée à l'hôpital, la jambe gauche, aux mollets, est couverte de cicatrices étoilées, blanchâtres, sur le parcours du fémur plusieurs fistules osseuses. La hanche est fixée en adduction, l'articulation du genou est dans un état de subluxation, le pied en contracture de flexion. (Mort le 1892). Les fistules sont élargies et les granulations sont nombreuses. Redressement de la hanche et du pied au moyen du

1, la patiente est atteinte d'un érysipèle de la jambe

le 23 au 24, on la trouve sans connaissance dans son lit avec une paralysie du facial droit ainsi que du bras du même côté tournée à gauche.

Coma profond.

Pneumoniaire et mort.

e du lobe inférieur droit. Embolie graisseuse. Ulcère tuberculeux du cœcum. Périostite. Pachyméningite interne vasculaire et le fémur droit sont détachés de la diaphyse comme de cape sur la partie antérieure de l'os. La portion détachée est fortement creusée en une grande caverne tapissée d'une couche de tissu osseux assez fétides. Au centre de la cavité, on trouve un noyau, composé de proliférations de cartilage hyalin ainsi que quelques disques de cartilage hyalin. Le fémur est très aminci, atrophié; la moelle est atrophiée par-ci par-là striée de bandes jaunes de graisse. La tête du fémur présentent des proliférations de la zone épiphysaire en ces endroits. Le tibia et le péroné sont très amincis. Le tibia est plissé, la moelle parsemée de points blancs, la supérieure de l'os, plus claires dans les parties de moelle adipeuse. La moelle de ces

os à l'alcool, la compacte du fémur mesure 12 cm, la cavité médullaire est presque complètement vidu. On a enlevé la moelle, des restes de spongieuse du grand trochanter, du col et de la partie supérieure et sont de consistance très dure. Le péroné est atrophié et percé de trous. Dans la partie supérieure du péroné, on trouve encore de la moelle. Le poids du fémur retiré de l'alcool est de 42 gr.

Moelle graisseuse des poumons.

Les lésions dans ce cas est due à la pachyméningite et les hémorragies de la dure-mère ont été constatées et les hémorragies qui se sont produites peu étendues dont il a été fait

Le malade âgée de 53 ans, est entrée à la clinique le 15 mars 1910. Elle se plaint de douleurs dans les deux genoux. Le genou droit avait commencé à souffrir au printemps de cette même année. L'anxiété est suivie de près celle du genou droit. Elle est maigre, moyenne, très pâle et cachectique.

Elle ne peut à angle presque droit et ne peuvent être en position de fléchir les deux jambes à partir de la partie supérieure des genoux ne présente rien d'anormal. L'application d'un appareil à extension contraire est de 6 kg.

Le 15 novembre, l'attitude vicieuse de l'articu améliorée, on suspend à l'appareil un poids de 8

Le 17, on constate un léger épanchement dans réduit le poids de nouveau à 6 kg.

Le 20, la contracture est presque corrigée. On les deux jambes en narcose à l'éther en applic minime. On les immobilise ensuite au moyen d'u

Le 21 et le 22, la malade se sent tout-à-fait bie

Dans la nuit du 22 au 23, émission involontair de l'urine.

Dans la matinée du 23, la malade est somno lement lorsqu'on l'interpelle. Injection d'éther. I férance presque complète. On ne trouve rien d' mons, ni à l'auscultation, ni à la percussion. tout-à-fait libre, l'action du cœur est régulière, est à peine palpable. On fait de nouvelles inject patiente est plongée dans un coma profond, le tible. T. 39°.

Vers 10 h. du soir, la malade s'éteint douceme

Autopsie. Les articulations des deux genoux laissent facilement fléchir lorsqu'on a vaincu la cœur est un peu hypertrophié, les poumons sont leurs bords, les parties postérieures et inférieure œdémateuses. On ne remarque rien d'autre à pre men microscopique, on trouve une embolie gra poumons. Les organes de l'abdomen sont tous constate en outre un catarrhe chronique de l'est cerveau est tout-à-fait normal. Les extrémités genou des deux côtés sont fraîchement contusior les condyles du fémur des traces d'écrasement; en ces endroits est transformée en une bouillie re tibia est fendue transversalement à 4 cm. envir laire supérieure. On scie l'os en long et l'on co sur une longueur de 10 cm. est infiltrée de sang des deux genoux, celle du gauche surtout, sont chements sanguins. Les parties molles qui ent périoste surtout, sont infiltrés de sang. Les e atteintes d'ostéoporose très avancée que l'on retr autres os du squelette.

Obs. VI (Lymphius). — Femme de 71 ans, dans la division chirurgicale de l'ancien hôpital d fait de douleurs aiguës dans la région sacrée et d lui avait fait l'ablation du coccyx. Les douleu après l'opération et des contractures s'établirer

ne peut plus étendre les jambes.
violentes douleurs.

oroforme. Au bout de dix mi-
t profond pour faire le redresse-
n redresse un des genoux très

Cinq minutes plus tard, nou-
atre mouvements respiratoires,
ue le pouls. La malade est un

mais sans succès. On suppose
a mort, mais d'après l'état des
misation.

genoux. La couche cellulose
r d'un doigt. Dans le péricarde,
e de liquide jaunâtre riche en
sang rouge foncé, liquide, à la
. Les artères pulmonaires con-
mais moins riche en graisse.
nt pas de sang.

constate la présence de goutte-
cide stearique.

ge à la palpation, crépitation.
plus de graisse. Les veines abdo-
graisse. Une couche de graisse
de la veine crurale.

use par suite du redressement
enoux.

acture de l'os, mais le tissu
rès développé, la muscula-
inérescence grasseuse. La
it due, selon Lymphius, à
ces derniers tissus riches
nséquence de la paralysie
our par la grande quantité
ent dans la circulation.

s entrée à la clinique de Nico-
ant un an et demi d'une ostéo-
orbide s'est terminé par une
considérablement sur toute sa

Légère contracture du genou

es de dimensions diverses, en

Le 10 août, la plaie opératoire ainsi que les fistules sont fermées. L'articulation du genou est fléchiée à environ 140°. La motricité volontaire est abolie, on peut cependant mouvoir la jambe dans des limites très restreintes et en provoquant de violentes douleurs.

Le 14 août, à midi, narcose à l'éther. On réussit aisément à rendre l'articulation mobile en la fléchissant et la redressant plusieurs fois de suite. La jambe est enveloppée de flanelle et maintenue en position élevée.

Comme la malade se plaint de violentes douleurs en se réveillant de la narcose, on lui donne un centigramme de morphine à l'intérieur. Le soir, le pouls est très fréquent et très faible, la respiration est aussi fortement accélérée. Malgré l'action de la morphine, la malade est toujours plus agitée.

Le 15 août à 8 h. du matin, elle tombe dans un collapsus profond. Le pouls est filiforme, 130 à 140. Respiration fréquente, 36 à 40, très superficielle. Température normale. Le visage est fortement cyanosé, dyspnée considérable. Le sensorium est absolument libre, cependant la malade est très agitée. On constate aux deux poumons à l'auscultation une respiration rude, et, dans le courant de l'après-midi, la malade expectore quelques crachats sanguinolents. L'administration à l'intérieur de fortes doses d'alcool et des injections hypodermiques répétées d'huile camphrée améliorent quelque peu son état, mais vers 1 h. de l'après-midi, elle redevient fortement cyanosée, le pouls est imperceptible, la respiration très superficielle et rapide et la malade rend bientôt le dernier soupir.

On attribue la mort à une embolie graisseuses des poumons et du cœur.

Autopsie. La jambe droite est beaucoup plus volumineuse que la gauche. Le genou droit est tuméfié.

Le cerveau ne présente rien d'anormal. Le thymus est de forme allongée (5 à 6 cm.) et divisé en deux lobes. Les poumons sont gonflés, le cœur passablement gros. Dans le ventricule droit des caillots de sang assez volumineux qui s'étendent jusque dans l'artère pulmonaire. Les caillots baignent dans un sang liquide à la surface duquel surnagent de fines gouttelettes de graisse. Les poumons sont de grandeur normale, légers, le parenchyme pulmonaire contient de l'air. En pratiquant une coupe à travers le poumon, il s'écoule beaucoup de liquide sanguinolent, contenant de très fines bulles d'air. La muqueuse bronchique est rouge, remplie de sang spumeux. Les amygdales et les follicules lymphatiques de la base de la langue et du pharynx sont fortement augmentés en nombre et en volume. La rate est très grosse, de consistance molle. Les follicules du canal intestinal sont visiblement plus grands que normalement, de même que les glandes mésentériques.

Hypoplasie de l'aorte abdominale et surtout de l'artère iliaque primitive. A partir de la veine poplitée jusque dans la veine cave inférieure, l'on trouve des caillots et du sang liquide mélangé à de nombreuses gouttes de graisse que l'on reconnaît facilement à l'œil nu.

Le tissu pararticulaire du genou droit est parsemé de foyers hémorragiques nombreux, parfois assez considérables; en de certains endroits il est complètement infiltré de sang. Dans l'articulation du genou, l'on trouve du sang liquide à la surface duquel surnagent en grand nombre des gouttes de graisse de dimensions variables. Les surfaces articulaires sont rugueuses; la capsule est en train de se déchirer en plusieurs endroits. On ne trouve pas de fracture, ni de solution de continuité de l'os. Ce qui frappe, c'est la grande quantité de gouttes de graisse dans l'articulation. La spongieuse est extraordinairement tendre, formant un réseau lâche qui ne se laisse pas écraser sous les doigts. Corticale de l'os amincie.

Examen microscopique des poumons ; Embolie graisseuse très étendue.

Diagnostic anatomique : Embolie adipeuse des poumons, oedème pulmonaire, ostéomyélite du tibia droit, épanchement sanguin dans le genou droit. Diathèse thymique. Dégénérescence adipeuse du cœur, des reins et du foie.

Obs. VIII (Eberth). — Malade âgée de 19 ans, affectée de contractures de toutes les extrémités à la suite d'un rhumatisme articulaire chronique. Les deux genoux étaient ankylosés en flexion. On redresse ces derniers en narcose par le brisement forcé manuel qui est conduit très prudemment. Le lendemain, la malade avait des crachements de sang et mourait vingt heures après l'opération.

Autopsie. Dans la cavité pleurale, quelques centimètres cubes de liquide hémorragique. Ecchymoses sur la plèvre gauche. Ganglions bronchiques présentant un ramollissement caséeux. Des grosses bronches gauches s'écoule une grande quantité de liquide spumeux, en partie hémorragique, en partie glaireux. Le poumon gauche est infiltré de foyers hémorragiques confluents. Les épanchements de sang dans le parenchyme du poumon droit sont encore plus nombreux qu'à gauche. Dans le cœur et les vaisseaux qui s'y rendent, beaucoup de sang liquide et de caillots qui pénètrent très loin dans l'artère pulmonaire. L'oreillette gauche est de même remplie de sang et de caillots. Le cœur gauche est vide, les valves et le myocarde sont d'aspect tout à fait normal. La rate est augmentée de volume et pleine de sang. Dans l'intestin grêle, plusieurs ulcères tuberculeux de la dimension d'un pois. Le cerveau est affecté d'une faible leptoméningite chronique.

Dans le genou gauche fortes adhérences de la rotule avec les parties supérieures des condyles du fémur. Les ligaments croisés sont déchirés; à leur place, on trouve des caillots de sang. Les cartilages du fémur ne sont intacts qu'en quelques endroits. Là où ils n'existent plus, ils sont remplacés par une mince membrane de tissu conjonctif. Les épiphyses du tibia sont détachées en partie au niveau de la ligne épiphysaire.

Dans le genou droit, épanchement assez considérable de sang. Les cartilages articulaires sont moins altérés que ceux du genou gauche. Les

condyles du fémur sont quelque peu enfoncés. L'os est très adipeuse.

Examen microscopique des poumons : De nombreux alvéoles sont remplis de graisse. Presque toutes les cellules sont pleines de graisse et d'érythrocytes. Nulle inflammation.

Dans le cerveau, le cœur et les reins, on trouve des graisses mais en petite quantité.

La mort est attribuée dans ce cas à l'hémiplégie qui occupait les trois quarts du poumon. Elle est due à de nombreuses embolies graisseuses dans les artères des condyles du fémur écrasés et de l'épiphyse séparée de la diaphyse de l'os. Eberth, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, très développé et contusionné pendant l'opération, a contribué à la formation d'embolies graisseuses.

Oss. IX (Payr). — Jeune fille de 15 ans tombée le 16 février 1898. Elle ressentit de fortes douleurs dans les extrémités et dans la région du cœur. Fièvre très vive; elle dut garder le lit et prit de la quinine. En avril, son pied était en position équivalente et fut soigné à la clinique de Nicoladoni.

Etat actuel. La malade est développée conformément à son âge. Le premier bruit du cœur, surtout à la pointe n'est que précédé d'un faible souffle systolique (la malade, devenue la fièvre scarlatine). Les extrémités inférieures sont plus froides par rapport au reste du corps. Le pied droit est en flexion plantaire. Le pied gauche présente une déviation latérale, mais pas tout à fait aussi accentuée. Le pied droit et à gauche ne peut être fléchi que jusqu'à un certain point, mais ces mouvements d'extension et de flexion ne sont pas normaux. Tous les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont limités. La jeune fille est du reste en bonne santé, les autres organes sont normaux. On décide de corriger la difformité par la narcose.

Le 13 septembre 1898, narcose au chloroforme pendant laquelle on réduit les deux pieds.

Ce qui frappe au cours de cette opération, c'est la facilité avec laquelle on peut modeler avec une très grande facilité. On a l'impression que la consistance est très molle, surtout ceux du pied droit où la déviation est beaucoup plus accentuée que celle du pied gauche. Après l'opération, les pieds ont pris une forme toute spéciale, celle que l'on constate dans la luxation du

entendre, comme c'est le
de craquement continu
ligaments, d'aponévroses
on, les pieds sont main-
un appareil plâtré.
dort assez bien, cepen-
à 135.

la patiente se tient assise
puls, 160, faible, irrégu-
nte, la patiente devient
ent à peine le compter ;
entend dans les deux
150,8. Dans le courant de
gèrement teintées de sang.

ernier soupir vers midi.
ncore parfaitement libre.
et cependant assez élas-
punctiformes peu nom-
ieure du péricarde. Dans
ire, du sang caillé et du
aisse. Dans le cœur gau-
reuses gouttes de graisse.
saut. Le poumon gauche
Parenchyme pulmonaire
laires teintées de sang,
gros, plèvre parsemée
ntient de l'air. Corticale
les est indistinct, le sang
nes fémorales également
, amygdales et follicules
de volume. Rate assez
es glandes mésentériques
de la muqueuse de l'in-

re du tibia et du péroné.

égénérescence graisseuse
ance de la mitrale. Thy-

ée à la clinique de Pra-
itement malade à la fin
ée, douleurs aiguës dans

malade fut opérée à l'hôpital le 12 mai 1890. Incisions à la face et externe de la partie inférieure de la cuisse, qui donnent issue grande quantité de pus. On constate alors que le fémur, à sa partie re, interne et externe, est dépourvu de périoste.

Après un séjour de deux mois à l'hôpital, la malade se remit suffisamment pour pouvoir être traitée à la maison. L'articulation du genou était déformée et la patiente put pendant assez longtemps marcher sur sa jambe et vaquer à ses occupations.

À l'année suivante, elle travaillait aux champs pendant la moisson et faisait surtout à faire des gerbes et à les lier. Il en résulta un genu valgum typique. En peu de temps, cette difformité s'accrut et la malade dut retourner à l'hôpital. On lui appliqua un appareil à extension pendant plusieurs mois et le genou reprit peu à peu sa forme normale.

En 1892, on la renvoya chez elle avec un appareil plâtré. Ce dernier fut enlevé quelque temps après et elle se remit à marcher, mais le genou ne put pas à reprendre sa position vicieuse. Depuis l'opération, il se produisit de temps à autre des fistules dans le voisinage du genou qui avaient en apparence pour s'ouvrir à nouveau. Il en sortait du pus et de petits morceaux d'os.

actuel. Malade assez bien constituée. Organes internes normaux. La jambe gauche fait avec la cuisse un angle presque droit, ouvert en dedans. L'incurvation est surtout prononcée dans la partie supérieure du fémur. L'épiphyse inférieure du fémur, ainsi que l'épiphyse supérieure du tibia de la jambe gauche, sont considérablement épaissies. Au genou on constate, à côté des deux cicatrices latérales provenant des opérations mentionnées plus haut, plusieurs cicatrices adhérentes avec l'os qui proviennent de fistules fermées. Il existe encore une fistule ouverte à la face externe de la jambe sur le parcours de la cicatrice opératoire et qui s'étend jusqu'à l'os.

En février 1895, narcose au chloroforme. On fait deux incisions à la face externe exacte où avait été pratiquées les deux premières, on pénètre dans le fémur et l'on extrait deux petits séquestres corticaux.

On se dispose à faire l'ostéotomie linéaire, lorsqu'on constate que l'os offre une résistance extrêmement faible et l'on se décide à faire le redressement forcé de la jambe qui réussit avec une très grande facilité.

Quelques heures après, le bandage était complètement imprégné de sang, on se décide à endormir le malade à nouveau, bien qu'elle parût fort épuisée, pour procéder à l'hémostase. On trouve dans les parties profondes une petite artère qui saigne et on en fait la ligature qui est suivie d'un saignement de la plaie. La malade se réveille de la narcose et se comporte relativement bien. Le pouls est fréquent mais la tension artérielle est normale.

Quelques heures après la révision de la plaie, la malade meurt subitement d'un arrêt du cœur.

Autopsie. Tous les organes internes sont très anémiés. Ankylose osseuse

art, entre le fémur et la rotule d'autres conduisent directement sur le fémur et peu épaissi. La surface en est rugueuse. L'épiphyse inférieure du fémur que l'on trouve encore conservée, on trouve à sa base une lanière de 1 cm. de largeur qui se dirige obliquement vers le bas et est constituée par le tissu cicatriciel. A l'angle inférieur de la cavité articulaire, on trouve des os nécrosés assez grands et entourés en outre, une fracture fraîche du fémur à sa partie inférieure. Cette région est occupée par une fracture récente. Une seconde fracture se trouve à la partie supérieure du tibia, remplie aussi de pus. Le tibia est dans toute sa longueur poreux, la musculature du genou est lipomateuse. Dans la cavité articulaire, du sang liquide d'aspect normal. Dans le tissu graisseux étendue des petites artères dans les reins, le foie et le cerveau, pas

de lésion appréciable qui contribua à l'issue fatale de l'hémorragie osseuse provenant de la fracture de l'extrémité inférieure de l'os fémur par les plaies opératoires.

Malade, fille de 20 ans, entrée le 7 octobre 1902 pour faire opérer d'un pied varus provenant d'une luxation congénitale qui avait été atteinte à l'âge de 2 ans. Atrophie des muscles de la jambe, atrophie de la cuisse. Les mouvements de l'articu-

tion de la cheville ne réussissent pas à corriger la position du pied au moyen de l'appareil plâtré. On réussit qu'à déchirer les ligaments sans succès. On décide à pratiquer ensuite l'ostéotomie de la cheville et l'appareil plâtré.

Après l'opération, les douleurs dans le pied sont très vives. On donne des morphiniques. On réussit à provoquer des douleurs intolérables. On applique l'appareil plâtré sans corriger la position du pied. Les douleurs sont très intenses.

On réussit difficilement. La plaie est ouverte, on applique l'appareil plâtré.

Le malade est prise de crises épileptiques commençant par l'extrémité inférieure gauche. Le soir à 4 h. du matin. T. 41°. P. 160. Les crises diminuent d'intensité, la fièvre tombe, le malade meurt.

Le 25, on ouvre l'appareil plâtré. T. a. 38°,8. Les recommencent. Etat de mal épileptique qui dure jusqu'à la température varie entre 37° et 39°. P. 110-120. — Caféine de potassium. On fait respirer à la malade des vapeurs d'acide acétique.

Le 27, nouvel appareil plâtré. On écarte les lèvres.

Les 28 et 29, amélioration. La malade revient à l'état normal.

Le 30, les crises cessent. T. 37°.

Le 31, spasmes cloniques, contracture des muscles. T. 40°. P. 150. Respiration irrégulière. Dans l'urine et de l'albumine.

Le 1^{er} novembre, on remplace l'ancien appareil par un nouveau. Coma complet. Forte dilatation pupillaire, incontinence urinaire épileptiformes. La température monte. Le pouls rapide et à 9 1/2 h. du soir la malade meurt avec une température monte encore après la mort.

Autopsie. Pied varus droit opéré en voie de guérison. Des méninges, principalement de la dure-mère, sur la surface interne. Hyperémie corticale du cerveau. Hypostase muqueuse sous-endocardiques. Ecchymoses dans le foie et des reins.

Dans le cerveau, foyers hémorragiques de dimensions de date récente, les autres de date plus ancienne dans la substance cérébrale. Thrombus hyalins et fibrineux dans les cellules géantes dans la lumière des vaisseaux. Des foyers hémorragiques. Thrombus à leucocytes dans les artères de la jambe malade ne sont malheureusement pas examinés.

Examen microscopique du poumon. Embolie graisseuse. On y constate aussi la présence de myéloplaxes.

Le diagnostic de l'embolie graisseuse n'a pas été

L'étiologie de la fièvre typhoïde

Par le D^r TAILLENS

Privat-docent de médecine à l'Université de Lausanne

Communication faite à la Société vaudoise de médecine

Beaucoup moins expansive que les grandes épidémies, la fièvre typhoïde gère les populations au Moyen-âge, la fièvre longtemps effacée derrière ces maladies ; mais qu'on a voulu parfois prétendre, elle n'en est pas moins

qu'en témoignent les documents

paludisme et le typhus exanthématique fut que peu à peu séparée, il mit en évidence les caractères thérapeutique, qui fit voir que certains rébarbatives à l'action du quin pathologique. C'est cette dernière énéntérie une base nosographique

intestinale caractérisée par l'altération créa une entité morbide bien définie nom de fièvre typhoïde, dénommée devenue classique.

nnue, son autonomie pleinement ves à l'étiologie se posèrent tout la première hypothèse qui prit naissance. Cette doctrine ne fut pas due les substances putrides de preuves de produire des troubles intestinaux ces troubles ne présentaient rien

de l'autointoxication, brillamment énoncée par le médecin anglais Murchison, théorie qui aux tendances actuelles nous ramène, avec, cela va de soi, les modifications actuelles.

erth, le bacille spécifique fit entrer de dans sa dernière phase, qu'on croit. L'importance de cette notion pouvait le prévoir, une théorie avait la fièvre typhoïde sans contamination, c'est-à-dire sans que le porte quelconque, dans son orga-

addiction flagrante avec les données subsister ; il devait faire place à une théorie précise, capable de concilier tous

questions de pathologie générale ; si, nous représenter les caractères géné-

raux des infections, nous voyons qu'il faut distinguer deux grandes classes.

Dans la première classe, qu'on pourrait appeler celle des maladies infectieuses spécifiques, essentielles, sont rangées par exemple la rage, la syphilis, la variole, la vaccine, le charbon sang de rate, etc. Ces différentes affections présentent en particulier les signes distinctifs suivants :

1° tous les cas sont semblables à eux-mêmes et se reconnaissent aisément ;

2° la contamination ou la contagion sont toujours nécessaires ; elles sont du reste le plus souvent faciles à retrouver et à mettre en évidence ;

3° la résistance de l'organisme vis-à-vis de ces infections est très limitée, et on peut dire que la prédisposition à les contracter est presque absolue.

Nous pouvons en déduire que la lutte préventive contre ces infections se fera avec le plus de succès par la destruction du microbe ou par la vaccination.

Dans la seconde classe au contraire, qu'on pourrait appeler celle des maladies infectieuses non spécifiques, accidentelles, se trouvent la septicémie, la pneumonie, l'angine, la fièvre typhoïde, etc. En opposition aux maladies de la classe précédente, ces affections offrent les caractères suivants :

1° les formes cliniques sont très variables, et le diagnostic ferme est parfois de la plus haute difficulté ;

2° la contamination ou la contagion peuvent exister, et existent même volontiers, mais elles peuvent aussi faire défaut ; c'est alors que l'enquête la plus approfondie, et peut-être même la plus facile à conduire, sera incapable de déceler une cause première, la cause seconde subsistant seule ;

3° enfin, la résistance de l'organisme vis-à-vis de ces maladies est fréquente, aussi la première condition nécessaire à l'éclosion du mal réside-t-elle dans la prédisposition morbide.

La déduction qui en découle est que la prophylaxie de ces infections doit d'une part s'adresser à la destruction du microbe, et d'autre part mettre en jeu toutes les influences capables de renforcer l'économie humaine.

Ces considérations pratiques, appliquées à la fièvre typhoïde, devaient finir par l'emporter sur les données théoriques. Nous voyons en effet cette évolution se produire, et dès ce moment, l'absolutisme bactériologique a vécu.

Les premiers, Rodet et Roux, en 1889, attirèrent l'attention sur les ressemblances qui existent entre le bacille d'Eberth et le *bacterium coli* commune, et émirent l'idée qu'il s'agissait peut-être de deux variétés de la même espèce microbienne.

Cette hypothèse, qui tend de plus en plus à se confirmer, jette une vive lumière sur l'étiologie souvent obscure de la fièvre typhoïde, et explique en particulier la genèse de certaines épidémies ou de certains cas isolés. Il n'est du reste pas nécessaire, pour cela, de considérer le bacille d'Eberth et le *bactérium coli* commune comme deux variétés de la même espèce ; comme il est de notoriété que ces deux microbes ont de nombreuses analogies, et qu'il n'existe entre eux aucun caractère absolument distinctif, on peut envisager le bacille d'Eberth comme un simple saprophyte, existant à côté du *bactérium coli* commune, et capable comme ce dernier de devenir temporairement virulent.

Si, en temps ordinaire, le microbe, dont l'intestin est l'habitat normal, reste inoffensif, c'est que l'organisme est en parfait état d'équilibre, que ses moyens naturels de défense sont intacts, et par suite, que le parasite ne peut sortir de son état de simple saprophyte. Mais qu'il survienne une modification, soit dans le milieu extérieur, soit surtout dans le milieu intérieur, et nous voyons le microbe acquérir une virulence spéciale, devenir hautement infectieux, et capable par conséquent de vaincre la résistance d'un organisme défaillant.

Or, dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, les causes secondes, celles qui amoindrissent le milieu intérieur, ont une fréquence considérable et une importance qu'on méconnaît trop volontiers ; parmi ces causes secondes, nous voyons spécialement figurer le surmenage, la misère, l'alcoolisme, les troubles digestifs.

Si l'on veut à toute force et toujours recourir à une infection exogène, on se trouvera dans l'impossibilité d'expliquer certains cas. C'est ainsi qu'on peut voir une épidémie naître dans un endroit où, depuis de longues années, aucun cas de fièvre typhoïde ne s'est présenté, et dans lequel au surplus, aucun individu ayant eu ou ayant la dothiéntérie, n'a pu souiller le sol ou les eaux. Si malgré cela, on constate la pollution de l'eau potable, il s'agit alors d'une souillure banale, provenant d'une fosse à purin par exemple ; et dans l'eau examinée, on retrouvera peut-être le *bacterium coli* commune, on ne constatera pas le bacille d'Eberth.

vouloir alors restreindre le problème étiologique à l'étroite de contamination bactérienne, au lieu de pourquoi ne pas admettre que les substances nuisibles dans l'eau polluée, ingérées par l'individu, ont la force de résistance de l'organisme, soit provoqué virulence du saprophyte ?

sans dire que nous ne nions pas la contamination qui existe le plus souvent, nous lui refusons seule- leur exclusive. L'autogenèse, à condition qu'elle ne sur une pure supposition, peut expliquer l'origine de la maladie, qui se propage ensuite par contamination. Le microbe, devenu nocif dans un ou plusieurs organismes, sous l'influence de causes secondaires, voit sa puissance infectieuse augmenter par son passage d'un individu à l'autre ; il devient de plus en plus actif, de plus en plus virulent, et il est alors capable d'attaquer aux organismes mieux équilibrés et de plus en plus résistants. La marche de l'épidémie est alors lente,

et se prolonge surtout lorsque l'origine de la maladie n'est pas déterminée ; lorsqu'au contraire on a une cause contestable, l'épidémie a généralement un début brusque, coup de foudre, plusieurs cas sans relation réciproque se produisant en même temps.

Il ne faut donc pas toujours demander l'antécédent obligatoire de contamination pour expliquer l'apparition d'un ou de plusieurs cas de dothiéntérie ; si l'opinion contraire a été et est encore défendue, en particulier par les bactériologistes, c'est évidemment à ce que le succès de la prophylaxie leur donner raison. Néanmoins, les épidémiologistes n'ont jamais voulu admettre une opinion aussi exclusive que la pénétration du microbe spécifique fut la seule à éclaircir la genèse de la fièvre typhoïde. Tout les médecins militaires, dans les pays possédant une hygiène permanente, qui s'opposèrent à cet exclusivisme, et qui, pour appuyer leur manière de voir, les nombreuses observations qu'ils étaient en mesure de faire. Il faut bien reconnaître que nul n'était mieux placé que ces militaires pour déceler le début même du mal ; dans la vie militaire, on suit le malade dès le commencement de la période d'incubation, on peut retracer jusque dans ses moindres détails les journées qui ont précédé les premiers symptômes,

et, infiniment mieux que dans la pratique civile, on est capable de retrouver les différentes causes qui ont pu entrer en jeu et permettre l'éclosion de la maladie.

Si l'on parcourt les périodiques et les traités de médecine militaire, l'on constate en effet qu'ils sont riches en faits concernant la fièvre typhoïde, où l'influence étiologique de la contamination est nulle ou très effacée, et où l'importance des causes secondes devient prépondérante. C'est le surmenage, l'encombrement, ou tout autre cause analogue dont l'influence typhogène est alors mise en évidence.

Qu'il nous soit permis, à ce propos, de citer l'observation si intéressante qui a été relatée par Delmas et qui est reproduite par Kelsch, observation se rapportant à la campagne française du Sud-Oranais, en 1881 et 1882. Une colonne part de Salda, au commencement de mai, dans les meilleures conditions sanitaires ; pendant deux mois, aucun cas de fièvre typhoïde n'est signalé, et c'est seulement à la fin de juin que la maladie fait son apparition, sous la double influence du surmenage et des fortes chaleurs.

Nul ne songerait, alors que la troupe n'a pas quitté le désert, le sol vierge, à incriminer une cause exogène ; on ne peut que dénoncer l'homme comme le support du germe, lequel est resté inoffensif, silencieux, jusqu'au jour où une cause déterminante a fait fléchir la résistance de l'organisme, et a permis à la dothiéntérie d'évoluer.

L'histoire des armées en campagne et des corps expéditionnaires est riche en enseignements semblables, et cela d'autant plus que la fièvre typhoïde occupe, dans ces cas, une des premières places dans les préoccupations sanitaires. Contrairement à ce qu'on pourrait *a priori* supposer, il semble que, malgré les progrès de l'hygiène moderne, cette maladie devienne, dans ces circonstances, de plus en plus fréquente, ainsi qu'en témoignent les dernières guerres. Cet accroissement doit tenir essentiellement à ce que les agglomérations militaires sont plus nombreuses qu'elles ne l'étaient jadis, à ce que les conditions de la guerre sont plus dures, et aussi à ce que tous les individus ainsi réunis sont jeunes, qu'ils ont par conséquent l'âge de prédilection pour la réceptivité dothiéntérique.

Il est donc nécessaire, en matière d'étiologie typhoïdique, d'attribuer aux causes qui troublent l'équilibre de l'organisme une importance égale, sinon supérieure, à celle de la contamination exogène.

us n'envisageons que cette dernière, il faut reconnaître que l'infection hydrique est de beaucoup la plus fréquente ; mais, une fois encore, on n'a pas su rester dans les justes et on n'a plus voulu considérer que ce seul facteur. Bien généralement en jeu, cela est incontestable et nul ne peut nier, mais qu'il soit le seul à entrer en ligne de compte, c'est ce qu'on ne saurait admettre.

Qui a contribué à établir toute la valeur de la théorie, mais aussi à en exagérer l'importance, ce sont les faits, le plus souvent remarquables, fournis par la prophylaxie.

Si, quoique la contamination par l'eau soit certaine, il faut qu'on puisse en fournir la preuve, soit par la bactériologie, soit par l'épidémiologie. La première est le plus souvent impuissante à parvenir à cette fin, parce que la recherche et la culture du bacille d'Eberth dans l'eau potable sont de la plus grande difficulté ; il s'ensuit qu'un résultat négatif ne signifie rien, le résultat positif seul permettant de conclure.

En l'épidémiologie, contrairement à ce qu'on pourrait croire à première vue, qui permet le plus aisément de mettre en évidence l'influence hydrique ; pour que celle-ci soit incontestable, il est nécessaire que certaines conditions soient réalisées : il faut en premier lieu qu'il y ait une éclosion soudaine et limitée de plusieurs cas ; il faut ensuite que les malades atteints n'aient été soumis à aucune autre cause commune, afin d'expliquer l'origine du mal ; il faut troisièmement que la maladie, au début tout au moins, soit localisée, géographiquement parlant ; il faut enfin que la substitution d'une eau saine à l'eau infectée mette fin à l'épidémie, à condition bien entendu que la maladie ne s'éteigne pas faute de malades.

Si l'enquête réalise ces quatre desiderata, on peut affirmer l'origine hydrique. Il n'est pas nécessaire pour cela, ainsi que prétendent certains auteurs, que la souillure de l'eau soit prouvée, car cette souillure peut être due à des principes toxiques suffisamment actifs pour agir sur l'organisme ou sur le tube digestif, mais cependant incapables d'être décelés.

On trouve en réalité nombre d'épidémies qui répondent à ces mêmes conditions, et cela est surtout facile à constater à la campagne ou dans une petite ville, où la population est moins mélangée que dans une grande agglomération urbaine, et où les sources d'infection sont de provenance moins diverse. En tout cas,

on ne saurait être trop exigeant en matière d'étiologie, car ce qui paraît probant à première vue ne résiste souvent pas à un examen approfondi.

Cette dernière restriction ne saurait porter atteinte à la valeur de la théorie hydrique ; elle tend seulement à montrer que le rôle de l'eau, parmi les facteurs exogènes, n'est pas un rôle exclusif.

On ne peut mieux illustrer cette affirmation qu'en relatant l'histoire de ce qui s'est passé à Munich, et dont l'ensemble équivaut, ainsi que l'a dit Soyka, à une véritable expérience.

Jadis, la ville de Munich était dévastée par la fièvre typhoïde, ce qui lui avait valu un fâcheux renom d'insalubrité ; en 1866, on commence à distribuer de l'eau de source, et à partir de ce moment, la morbidité par dothiéntérie diminue. Mais, contrairement à ce qu'on espérait, elle ne tarde pas à subir une nouvelle recrudescence, et à parvenir en 1872 à un niveau qu'auparavant elle n'avait que rarement atteint. Dès 1875, des travaux de drainage souterrain sont entrepris, tout un système d'égoûts est établi, et la construction de fosses imperméables est rendue obligatoire. Ce dernier décret provoqua l'indignation des propriétaires, qui se virent désormais obligés de faire curer périodiquement ces fosses d'aisances, lesquelles auparavant se vidaient d'elles-mêmes, par porosité. A la suite de ces travaux d'assainissement du sol, la morbidité typhoïdique tombe peu à peu, pour atteindre en 1881 un niveau très bas, qui n'a guère été dépassé depuis lors. Et pourtant, ce ne fut que deux ans plus tard, soit en 1883, que des eaux de source furent amenées en abondance.

Le point le plus intéressant de cette remarquable observation est le suivant : la vieille canalisation royale, qui puise l'eau dans la nappe souterraine, n'a pas été modifiée depuis 1830, elle continue à fonctionner comme par le passé, et dans les quartiers alimentés par cette eau potable, la fièvre typhoïde diminue dans la même mesure que dans les parties de la ville où l'eau de source est seule distribuée.

Ce fait met en évidence la valeur d'une cause plus difficile à modifier que l'eau, plus lente à disparaître : le sol, cause sur laquelle Pettenkofer avait si brillamment attiré l'attention, en 1854 déjà, et dont l'importance, depuis la connaissance du microbe, avait été par trop méconnue. Ce n'est pas que la théorie de Pettenkofer ait une valeur absolue, car trop de faits sont

son rencontre, mais il faut néanmoins reconnaître qu'elle a une part de vérité, comme tout ce qui est basé sur l'observation ; d'un autre côté, la manière de voir que l'illustre unichois défendit pendant toute sa vie avec un grand zèle et une ardeur intarissable, et qu'il adapta aux découvertes de son temps, eut le mérite de rappeler l'attention sur les causes telluriques, dont les anciens auteurs avaient si souvent parlé, mais qu'on avait trop oubliées dans la suite.

La fièvre du sol, dans la genèse de la fièvre typhoïde, est illustrée par l'histoire médicale des camps militaires, en temps de paix aussi bien qu'en temps de guerre. Et ce qui donne à cette histoire un intérêt plus vif encore, c'est que les causes de la maladie apparaissent alors dans toute leur netteté ; le rôle de la chaleur et du surmenage s'impose en effet à chaque instant de l'observation militaire. Nombreuses sont les observations qui mettent, d'une façon saisissante, la valeur étiologique de ces causes en évidence ; il y en a même, parmi ces histoires, qui sont des chefs-d'œuvre, tel le fait rapporté par Kelsch, et concernant une épidémie de fièvre typhoïde sévissant dans une caserne à Berlin. Malgré les travaux d'assainissement, malgré la ventilation et les mesures d'hygiène, la maladie ne cessait de faire ses ravages jusqu'au moment où, chose particulière, la défection du colonel fut effectuée ; dès ce jour, l'épidémie disparut. C'était le chef du régiment qui, surmenant ses troupes, avait créé les conditions les plus favorables à la persistance et à la propagation du mal.

Le surmenage en effet amoindrit considérablement les moyens de défense naturelle de l'organisme ; il fait fléchir le pouvoir vital, il atténue l'action bactéricide et antitoxique des défenses, et réalise en un mot l'état pathologique qu'il est convenable d'appeler la prédisposition morbide.

Pour expliquer alors l'origine de l'épidémie, il n'est point besoin d'incriminer une infection antérieure se manifestant tout d'un coup, car, si le bacille d'Eberth n'est que la transformation d'un saprophyte intestinal, la seule modification du milieu suffit à expliquer l'éclosion de la maladie. Le micro-organisme, — c'est la désignation qu'on peut appliquer à cette forme de voir, — éclaircit bien des points obscurs ; on peut même citer de cas spontanés de fièvre typhoïde, en prenant le mot spontané dans la première acception que lui donne le langage, c'est-à-dire qui a son principe en soi-même, qui porte

is, cela va de soi, dans le sens

thiénentérie sévit presque toujours elle est due à l'infection du maladie ne commence générale- et non pas dès l'arrivée des avec la plus grande facilité. en temps de paix, combien de guerre ; c'est alors qu'on nce, à quel point l'influence accentuée. La fièvre typhoïde e que démontre bien la statis- s, où l'on voit cette maladie nsité humaine. On peut, à cet au paludisme ; la première est ère à la campagne ; la seconde, mme, c'est la maladie des

oses : une graine et un terrain. e armée, dans une ville com- lusieurs centaines de milliers à trouver ; ou bien, c'est un sme où il prospère et devient qui, sous une influence déter- articulaire. Le terrain, c'est mené, dyspeptique, alcoolisé, sur lequel l'agent infectieux à production d'une maladie

ndent donc des conditions individuelles ensuite. Ces deux mière par l'étude de l'épidé- xemple une épidémie sévissant e les milieux pauvres, ou au asse aisée, prouvant ainsi que indifférentes.

re des conditions individuelles t ; c'est une famille nombreuse, conditions, et où un seul cas eignant le surmené, le dyspep- i état de dénutrition.

Ces considérations montrent bien que l'organisme joue le rôle prépondérant dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, contrairement à ce qui se passe par exemple dans la variole, la vaccine, la rage, la syphilis. Pour ces dernières affections, hautement spécifiques, l'inégalité sociale et individuelle disparaît presque totalement ; les conditions qui commandent la contamination et la contagion passent au premier rang et subsistent presque seules.

Il va bien sans dire que, dans l'étiologie de la dothiéntérie, les facteurs dont nous venons de parler ne sont pas seuls en cause ; il en est d'autres qui ont leur part d'influence, témoin les phénomènes météorologiques dont l'action, quoique peu connue, est cependant incontestable. C'est ainsi qu'on a remarqué que la fièvre typhoïde succède volontiers aux périodes de grande chaleur, partant de grande sécheresse.

Cette influence de la chaleur est rendue évidente par l'histoire de la fièvre typhoïde sur les navires et aux colonies. L'étude de cette maladie sur mer est du plus haut intérêt, car, au cours du voyage, on voit les conditions climatiques se modifier, ce qui a permis une fois de plus de constater que la chaleur assombrissait le pronostic de la dothiéntérie.

Aux colonies, on a fait la même remarque, et on a pu souvent observer que la mortalité typhoïdique croît avec la température ; c'est lorsque celle-ci est très élevée que la maladie revêt un caractère tumultueux, qu'elle prend une marche grave et rapide, et qu'elle est capable de s'attaquer aux organismes les plus réfractaires.

Si, en dépit du climat, la dothiéntérie est plutôt rare aux tropiques, cela tient essentiellement sans doute à ce que, dans ces pays, la densité de la population est très faible. La preuve en est donnée par ce qui s'est passé à Rio-de-Janeiro où la fièvre typhoïde, rare il y a une quarantaine d'années, est devenue de plus en plus fréquente au fur et à mesure que la population s'accroissait. Ce nouvel exemple montre encore l'influence typhogène de l'agglomération humaine.

Comme conclusions aux lignes qui précèdent, nous voyons que l'étiologie de la fièvre typhoïde comporte des enseignements fort variés, dont la diversité dépend avant tout du milieu ambiant.

A la campagne ou dans une petite localité, c'est presque

toujours à la contamination qu'on a affaire ; dans ces cas en effet, à moins de conditions exceptionnelles, il s'agit généralement d'un germe importé qu'on peut mettre en évidence, ou d'une eau dont la souillure est aisée à prouver.

Dans les grandes agglomérations urbaines, l'étiologie, déjà moins simple, met particulièrement en lumière l'importance du facteur hydrique, tout en montrant bien, par des exemples évidents, que le sol est un élément non négligeable. Devant l'importance très grande de ces conditions extérieures, nous ne devons cependant pas méconnaître le rôle prépondérant de l'organisme humain, dont la complicité, — on l'oublie trop souvent, — est absolument nécessaire pour l'éclosion de la maladie. Tout comme une graine qui ne peut pousser que sur un terrain apte à sa germination, la bacille typhique ne peut rien produire sans le consentement de l'organisme.

Il existe des maladies, telles que la syphilis, la rage, le charbon sang de rate, où le microbe est capable, à bien peu d'exceptions près, de vaincre toutes les défenses, de triompher de tous les obstacles ; pour d'autres affections au contraire, et c'est en particulier le cas de la dothiéntérie, l'organisme, à condition qu'il soit bien équilibré, offre le plus souvent une résistance absolue à l'agent infectieux. L'importance du terrain l'emporte alors sur celle de la graine.

Cela ressort avec évidence de l'étude de la fièvre typhoïde survenant dans la vie militaire ; c'est là qu'on voit le rôle considérable que jouent, dans la genèse de cette maladie, les causes qui amoindrissent l'individu, et qui sont par exemple le surmenage, l'encombrement, la dépression morale, les privations. C'est dans ces mêmes circonstances qu'on se rend compte aussi de l'influence hautement typhogène que l'homme peut acquérir.

Lorsqu'on voit la dothiéntérie éclater, dans un corps expéditionnaire, sur un sol vierge de toute contamination, plusieurs semaines après avoir quitté les cantonnements habituels, et qu'on constate que le début de l'épidémie succède à une période de surmenage, on doit exclure une étiologie uniquement microbienne. N'est-il pas infiniment plus conforme aux faits et à la raison d'admettre que la fièvre typhoïde est susceptible d'être produite par un germe habitant normalement l'intestin, germe dont la virulence a été momentanément exaltée.

La même conclusion s'impose lorsque la maladie apparaît sur un navire, quatre, six ou huit semaines après avoir quitté le

port, alors qu'aucune infection intercurrente n'a été possible, et que les conditions hydriques ou alimentaires n'ont pas varié. Pareille observation a été faite à maintes reprises, rendant alors manifeste le rôle de l'encombrement, de la chaleur, de l'air confiné.

Notre intention n'a pas été, dans ces quelques lignes, de faire le procès de la bactériologie, qui a permis de réaliser les plus grands progrès, particulièrement en matière de prophylaxie; nous avons seulement voulu revendiquer, au nom de la médecine traditionnelle, la juste et large part qui lui revient dans l'étude de l'étiologie des maladies infectieuses, dont la cause ne saurait être uniquement microbienne.

RECUEIL DE FAITS

Abcès du cerveau à symptomatologie fruste

par le Dr JULES PALLARD.

L'observation que nous publions ici nous paraît présenter quelque intérêt en raison de son évolution un peu particulière. Elle montre une fois de plus la pauvreté de la symptomatologie de certains abcès cérébraux, en regard de l'étendue considérable des lésions anatomiques.

Maurice D., 21 ans, employé de bureau.

Bonne santé antérieure. Le sujet a toujours été maigre, mais il ne tousse pas, même en hiver. Il n'a pas maigri ces derniers temps. Pas de syphilis. Le 1^{er} octobre 1904, alors qu'il souffrait déjà depuis un jour ou deux de céphalée et d'insomnie nocturne, il appelle un de nos confrères qui constate une température de 39° et lui conseille d'entrer à l'Hôpital cantonal, pour y être traité par les bains, au cas où des symptômes plus caractéristiques de fièvre typhoïde se dessineraient.

Le malade ne suit pas le conseil qui lui est donné et passe la journée du 2 dans un état d'extrême agitation.

Il nous fait appeler le 3. Nous le voyons dans la matinée et sommes frappé dès l'abord par son état de maigreur. Il présente l'aspect classique du bacillaire, avec un système pileux développé.

La température est de 38°. Le malade ne se plaint que d'une céphalalgie atroce, frontale, sus-orbitaire et pariétale avec,

gion occipitale. Pas de raideur de es normales. Langue humide, un puis six jours. Pas de vomisse-prononcé. Pas de taches rosées. maux. Cœur normal. Pouls régu-

ujours été aussi maigre et qu'il système respiratoire révèle une iet droit, en avant et en arrière. scurité respiratoire. Il s'agit, en icatricielle. On ne trouve nulle tes (ganglions, épидидyme, etc.) nine ni sucre. Pas de diazoréac-

n deux prises à la fin de l'après-

ade a mal dormi. La céphalalgie ies de vomir. Pouls régulier.

est surtout prononcée au niveau convexité. Pas de toux, pas de iade est abattu, inerte, indiffé-la céphalée il n'y a pas d'autre geons, sans pouvoir évidemment ne poussée discrète de granulie an à la nuque. Calomel à doses

persiste toujours, continue, avec ments. Le malade ne dort pres-ire : diplopie, etc. Les pupilles, t vivement. Les autres réflexes r. Pouls régulier. Pas d'envies de

l'au 18. Il n'y a plus de fièvre

s, se montre un symptôme nou-à eu un *vomissement*, spontané, mi tout son repas en passant de a station debout. — Mouches de rise du calomel interrompu pen-

llègue, M. le D^r Doret, de l'hô-quer un examen ophtalmoscopi-

Réflexes pupillaires et mouve-ux côtés. Les deux papilles opti-, ne proéminent pas; les artères s veines sont très dilatées, quoi-s papillaires sont un peu flous.
e. »¹

ague conclut à un état congestif de la base du crâne, ce est très difficile à déterminer. Il n'y a pas de *signe* caractéristique et le résultat de l'examen ne permet pas le diagnostic de méningite, pour le moment du

mal de tête est toujours le seul symptôme accusé par le malade. Il n'a pas eu de nouveau vomissement. L'amaigrissement est prononcé. Pas de fièvre. Pouls régulier. Appétit conservé. Le malade se lève deux ou trois heures par jour pour une nourriture légère : potages au lait, œufs, riz, légumes, fruits cuits. Les selles sont régulières, les urines normales. Pas d'envies de vomir, ni de vertige dans la station debout.

Le malade, qui se trouve beaucoup mieux depuis quelques jours, revient à notre consultation. Il nous dit avoir eu encore une céphalée le matin au réveil, jusqu'au 25, mais la douleur a disparu durant la matinée. Il mange bien et se promène. Ce que ceci nous confirme dans l'idée qu'il s'est agi d'une *granulie* méningée, terminée par résolution. L'amaigrissement prononcé du sujet et la constatation d'un foyer pulmonaire venaient encore à l'appui de ce diagnostic. Poids : 45 k. 900. — *Traitement* : Vie au grand air, alimentation normale et un peu d'arséniate de soude. Prendre un verre de temps en temps.

Le 26 octobre, le malade (qui devait revenir se peser chez nous, d'une semaine) nous fait rappeler auprès de lui. Il se sent relativement bien depuis le 25 octobre, soit depuis quelques jours, pendant lesquels la céphalée avait totalement disparu. Il a été repris de maux de tête et de vomissements. Il agit d'une vulgaire indigestion. Invité à un « goûter », il a mangé de la crème fouettée qui ne lui aurait pas fait de mal. On constate, en effet, un enduit saburral de la langue. En poussant l'interrogatoire, on apprend qu'il a vomité après l'ingestion de cette crème, qui ne lui a pas fait de maux de douleurs stomacales, et que le vomissement, sans effort, s'est produit spontanément, brusquement. Pas de régurgitation. Pas de fièvre. Nous cherchons vainement un symptôme nouveau du côté des yeux. — Sel de Carlisle à café le matin pendant deux ou trois jours.

Le 27 octobre, le malade vomit encore le 6 ; depuis le 7 il ne vomit plus. Le 28 octobre, nous priions le Dr Doret de venir pratiquer un examen ophtalmoscopique, qui donne un résultat négatif : « Même image ophtalmoscopique, mais les vaisseaux ne sont pas très saillants et les veines rétiniennes un peu tortueuses ». — Reprise du calomel à dose de 0,05 ; mouches de Milan derrière les oreilles.

et notre thèse : De la granulie discrète, Thèse de Genève 1909.
Doret.

Le 11, maux de tête atroces. La céphalée occupe surtout les régions frontale et pariétales, avec irradiations occipitales. Elle est peut-être un peu plus vive du côté droit. Le malade a gémé toute la nuit sans pouvoir dormir un quart d'heure. Dès qu'il veut s'asseoir sur son lit, il vomit. Sans avoir pris aucune nourriture, même liquide, il a eu toute la journée des efforts de vomissement.

Le 12, même état, toujours sans fièvre. Le pouls est accéléré, 96 à 100, mais toujours régulier. On continue le calomel.

Le 14, le même état persistant toujours, la céphalée et les vomissements ne s'amendant pas, nous obtenons enfin de la famille une consultation que nous demandions depuis longtemps. Notre confrère M. le Dr Vallette, vient examiner le malade et admet avec nous la probabilité d'un processus méningitique à marche lente, anormale, sans toutefois éliminer le diagnostic de tumeur cérébrale (gros tubercule ou gliome central).

Pour essayer de tirer cette question au clair nous pratiquons une *ponction lombaire*. Le liquide, sans tension, sort goutte à goutte, absolument limpide. On en retire environ 10 cc. Examiné au laboratoire de la Clinique médicale avec notre ami, M. le Dr Adert, ce liquide présente un caractère inflammatoire, il contient de la fibrine; par centrifugation on obtient un culot abondant et, comme éléments figurés, des *polynucléaires*. Il s'agirait donc d'une méningite en évolution, de nature septique plutôt que tuberculeuse, ou d'une tumeur. L'évolution de la maladie, qui se poursuit sans fièvre, vient plutôt à l'appui de cette dernière hypothèse. Comme traitement, nous prescrivons de l'iodure *ut aliquid fiat*.

Le 16, même état. La soustraction de liquide céphalo-rachidien n'a eu aucun effet, ni en bien ni en mal. Les vomissements ont cessé, mais ils ont toujours été intermittents.

Le même état persiste, désespérant, jusqu'au 24; à ce moment le malade a considérablement maigri. Il ne se nourrit presque plus. Il ne présente toujours pas de fièvre, pas de symptôme nouveau. La langue est superbe, framboisée. Les vomissements et la céphalée persistent, avec la constipation, sans modification depuis le 16.

Le 2 décembre, nouvel examen ophtalmoscopique de M. le Dr Doret, qui donne le même résultat que le précédent. La stase papillaire est peut-être un peu plus accentuée. Pas de tubercules de la choroïde. Réactions pupillaires normales. Le malade, indifférent à tout, ne parle presque plus. Il a néanmoins toute sa connaissance. La faiblesse est considérable, il ne peut s'asseoir seul sur son lit. Depuis la nuit dernière il se plaint de douleurs articulaires très vives aux deux genoux et aux pieds (poussée de pseudo-rhumatisme granulique?).

Le 6, le malade, qui a eu quelques frissons et un peu de fièvre vespérale dans les deux derniers jours, meurt à 6 heures du matin sans avoir présenté aucun symptôme nouveau.

L'autopsie de la cavité crânienne, qui fut seule autorisée, est

pratiquée le 7 décembre au point du jour, vingt-cinq heures après la mort.

A l'ouverture du crâne, on constate que la dure-mère est très adhérente à l'os, à la pointe et à la base du lobe frontal droit seulement. En ce point les circonvolutions sont effacées et aplaties. Il n'y a pas trace de tubercules nulle part. En sortant le cerveau on voit sourdre du pus de l'extrémité du lobe frontal droit. L'écorce cérébrale est extrêmement ramollie en ce point.

Le cerveau, que notre collègue, M. le Dr Huguenin, a bien voulu examiner avec nous à l'Institut pathologique, présente une grosse cavité dans son lobe frontal droit, tapissée par une épaisse membrane pyogène. Il s'est écoulé de cette cavité environ 60 grammes de pus épais et verdâtre, sans odeur. L'examen bactériologique a fait voir des staphylo-et streptocoques.

Le pus a fusé dans le ventricule latéral droit, le ventricule moyen et même le quatrième ventricule. L'épendyme est légèrement granuleux du côté droit. Les limites du foyer purulent sont un peu indécises; on peut cependant reconnaître qu'il s'étend du pôle antérieur de l'hémisphère à la partie antérieure du noyau caudé, dont la tête est détruite en totalité. Par rapport à l'écorce les limites sont: en arrière et en bas la fosse sylvienne, en arrière la frontale ascendante, en haut le milieu de la deuxième frontale. Entre le pus et la substance cérébrale normale il y a une zone de ramollissement et une membrane molle de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. La zone de ramollissement s'étend jusqu'au noyau lenticulaire, qui n'est pas attaqué. De ce dernier à la pointe de l'hémisphère il a environ 7 cm., ce qui permet d'estimer que le volume total de la cavité de l'abcès est celui d'un gros œuf de poule. L'examen microscopique de la membrane pyogène a montré qu'elle était constituée par du tissu conjonctif lâche avec nombreux leucocytes, en partie polynucléaires. C'est la membrane pyogène habituelle, mais son épaisseur est plus considérable qu'elle ne l'est en général dans les abcès cérébraux¹.

En résumé, il s'agit d'un garçon de 21 ans qui, à part quelques jours de fièvre au début, a présenté pendant plus de deux mois une céphalée intense, accompagnée de vomissements et de stase de la papille, le mal ayant évolué sans fièvre, avec un amaigrissement progressif. L'évolution de la maladie (66 jours) a été interrompue par une rémission de dix jours (du 25^e au 35^e jour) pendant laquelle tous les symptômes ont disparu.

Nous avons songé, devant ce tableau, à un processus méningitique anormal, à marche très lente², ou à une tumeur céré-

¹ Note du Dr Huguenin.

² Voir à ce sujet: L'HÔTE, Des rémissions prolongées au cours de la méningite tuberculeuse, *Thèse de Lille*, 1904 (Service clinique du Dr Carrière).

brale sans symptômes de localisation (gros tubercule ou gliome central). L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien obligeait plutôt de conclure dans ce dernier sens, puisque les méningites à polynucléaires sont d'origine septique; la maladie aurait dû avoir, dans ce cas, une évolution fébrile. La ponction a donc fourni là un renseignement précieux, mais l'autopsie nous réservait une surprise en nous révélant un énorme abcès, dont le volume, en regard des symptômes frustes qu'il a produits, est assez remarquable.

Nous nous dispensons de faire des citations littéraires à propos de ce cas et nous nous bornons aux quelques remarques suivantes :

La *céphalée* n'a pas correspondu au siège de l'abcès dans l'hémisphère droit et particulièrement à la pointe de cet hémisphère. Elle était sus-orbitaire des deux côtés, bipariétale, occupait tout le front, tout l'occiput suivant les jours. Ce rapport inconstant, mentionné par Brissaud et Souques dans leur article du *Traité de médecine*, n'est pas très rare. Un point, assez remarquable, est *l'absence d'altérations intellectuelles et de crises épileptiformes*. La zone frontale passe pour être une zone silencieuse; néanmoins il n'est pas rare de voir, dans les cas où elle est intéressée, des attaques épileptiformes (Raymond). Les fonctions psychiques sont souvent altérées d'une façon notable.

La *stase papillaire*, qui existait chez notre malade, ne figure pas, en général, parmi les symptômes des abcès cérébraux (Brissaud et Souques).

Enfin ce cas diffère des descriptions classiques par son mode d'évolution un peu spécial. Les auteurs s'accordent généralement à diviser l'histoire symptomatique des abcès cérébraux en trois périodes : phase d'excitation, phase de rémission, phase paralytique.

Ici la première phase a bien été fébrile, simulant, avec la céphalée et les vomissements, un début de méningite.

Au bout de vingt-cinq jours a succédé la deuxième phase (rémission); la céphalée et les autres symptômes ont totalement disparu pendant dix jours.

Puis, peu à peu, la troisième période s'est installée, mais, contrairement au mode habituel, d'une façon lente et insidieuse, sans symptômes nouveaux. On sait que cette troisième phase, dite paralytique, « débute presque toujours par un ictus apoplectique, avec ou sans convulsions, avec ou sans contracture. À la suite de cet ictus deux éventualités se présentent. Ou bien le coma prolonge l'état apoplectique, entrecoupé de crises jacksonniennes, et le malade succombe dans un délai qui ne dépasse guère soixante heures; ou bien, à l'ictus succède une paralysie en général spasmodique, limitée le plus souvent à un côté du corps » (Brissaud et Souques). La fièvre se rallume dès le début des phénomènes paralytiques et la céphalée initiale reparait.

dans notre observation. A part la céphalée qui de s'est cachectisé lentement, sans fièvre, sans sans paralysie ni aucun autre symptôme de

oir l'origine de cet abcès. Ici nous ne pouvons t déplorer l'insuffisance de notre observation. ète ne nous a pas été accordée et il aurait fallu e minutieux de tous les organes, vérifier les etc. Peut-être aurait-on trouvé un foyer de it, cause première du mal. Le malade n'avait a nez, ni des sinus, ni des oreilles et les autres ues habituels des abcès cérébraux (pyohémies, tides, endocardites végétantes) n'étaient pas

en tous cas, que devant le manque absolu de calisation, toute intervention opératoire était lors la thérapeutique ne pouvait être que c'est-à-dire nulle.

SOCIÉTÉS

MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

la Comité du 16 février 1905, à Lausanne

Présidence de M. DE CÉRENVILLE

des nouvelles élections est composé des délégués

WECK.

CÉRENVILLE, MORAX, SCHRANTZ, KRAFFT.

T.

SANDOZ, TRECHSEL.

STIER, JEANNERET.

emblable à celui qui a été en fonction du 13 décembre 1905, sauf que M. Dupraz ayant démissionné a le délégué de Fribourg, par M. de Weck. A ce propos bienvenue à M. de Weck, M. le président parle de que laisse au sein du Comité M. Dupraz, ce collègue de et à l'esprit judicieux.

est nommé pour trois ans, ses fonctions expireraient re 1907.

is sont présents, sauf M. Bovet.

pte de sa gestion en 1904 :

RECETTES

Solde 1903.....	8.30
Contrib. Fribourg.....	31.—
• Vaud.....	181.—
• Valais.....	29.—
• Neuchâtel.....	73.—
• Genève.....	91.—
	Fr. 443.30

de la contribution romande à 1 fr. par administration de Beau-Rivage a bien e collation à la séance d'Ouchy, ce qui ans déficit.

unanimité.

ENVILLE se demande s'il n'y aurait pas me rotation régulière entre les divers obtenir une représentation successive

de voir.

aintien du bureau actuel.

cret ; le bureau est réélu sans change-

sont réélus par acclamation délégués r une période de trois ans, du 1^{er} jan-

n Comité d'une communication que Commission des assurances, à Berne, es sociétés d'assurances étrangères ne désignent un médecin que seul elles ère de faire est contraire à la loi du rons de limiter les droits de l'assuré. de M. Jaquet n'a pu circuler qu'entre pprouvée.

des projets de loi sur les assurances, qui seront transmis à la Commission

ENVILLE, il est décidé de s'assurer de séance d'Ouchy et recommandé aux de leurs sociétés respectives.

ussions ne soient pas empêchées par

des travaux

lle que le voi
ance de la So

DE CÉRENVIL

OBSTÉTRIQ
DE LA SUL

1 novembre 19

Présidence

rapport sur

:
l'ordre du jo
restreinte par
osologique à p
comme type
ronique. C'es
mé des trava
en France, de
e peut, toute
estions utérin
ses chroniqu
parenchymal
ronique secon
ur admet les
ipation), etc.,
, à part quelq
dies infectieu
e époque, qu
it constipées,
e parenchym
te hémorragic
aqueuse presq
ut il compren
erniers il cite
glycérinés, l
ie. La vapoc
l et finaleme
eu quatre fois
ménopause, c'
rnière opérati

un intéressant rapport.

Ces cas sont certainement dues à
à jours le cas, et le rôle étiolo-
gisé par certains auteurs.
du foie, du cœur, des pou-
congestions dues au coût trop
des annexes, aux dépla-
etc.), jouent évidemment un
le système nerveux égale-
des muqueuses chez les
peut aussi bien donner lieu
(cas personnels). Ce dernier
de métrites chez les vier-
le curetage chez des jeunes
là. Chez les vierges, on ne
microorganismes (vulvovaginite

ne, influenza, diphtérie, etc.,
et des métrites plus ou moins
ient souvent des lésions vagi-
aussi peut donner lieu à de
le. Une mauvaise hygiène peut

ose utérine, qui est peut-être
et peut être prise d'autre part
a observé un cas intéressant
agnostic de métrite chronique
ntait, au cours d'une poussée
sselé, avec des proéminences
es ; une fois la congestion
e surface tout à fait lisse, et
t une seconde fois. N'y aurait-
adier ?

col, congénitale ou due à de
que, peut amener une hyper-
t de l'endométrite.

laisser les femmes en couche
rs tout au plus, quand il n'y
t pas toujours les femmes qui
gros utérus, au contraire.

les, M. Muret emploie l'hy-
ales, les bains de siège salés
ouvent d'excellents résultats
si le curetage et l'amputation
donné des succès. S'il existe

n du
à se

de la

haud
s que

étude
que
l'on
de la
t pas
fièvre
grand
effet
mala-
t pas
après
on, il
tenir

fièvre
ment

fièvre
mala-
ce les

effet
itants
si les
ladie.
peut
isme

faire

mortalité infantile à Lausanne et dans le Canton de Vaud (à voir dans la Revue).

empêche de discuter le mémoire. Vu l'importance de la communication si riche du travail de M. MORAX, M. COMBE propose de renvoyer cette discussion une prochaine séance. — Adopté.

Le Secrétaire : Dr AUG. LASSUEUR.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

Séance du 1^{er} février 1905

Présidence de M. GAUTIER, président.

Présents.

M. et Doret sont reçus membres de la Société.

Revue des préparations anatomiques faites sur un cerveau humain. — *Le trajet de certaines fibres optiques :*

1^o Les fibres, qui, dans le faisceau longitudinal, sont partagées sur le parcours du faisceau longitudinal, près Dejerine, Monakow, etc., ce faisceau est simple-ment continu du lobe occipital au lobe temporal (vision et audition, etc.), il représente un système de projection, allant du lobe occipital et du corps genouillé externe au centre cortical de

la vision. — Coupes sérieuses d'un cerveau dont la région calcarine a été lésée. — On a vu que : 1^o Les faisceaux sagittaux ont été lésés en profondeur; ainsi se trouve confirmée une fois de plus la thèse que ces destructions ne se bornent jamais au cortex; le faisceau longitudinal inférieur est fortement atteint en profondeur. 2^o La dégénérescence secondaire est localisée dans le faisceau et non pas dans les radiations thalamiques. — En avançant dans la direction du pulvinar, on voit la partie se diviser en deux foyers: l'un supérieur aboutit au corps genouillé externe, l'autre inférieur peut être suivi jusque dans le lobe occipital.

Dans le lobe occipital les dégénérescences secondaires sont plus de la lésion fasciculaire que de la corticale. Le faisceau longitudinal inférieur contient mélangées dans sa partie postérieure des fibres d'association et de projection. Plus en avant ces fibres se séparent: les fibres de projection se rendent au corps genouillé externe, etc., celles d'association s'épuisent dans le lobe occipital.

Revue des détails cliniques sur l'état des yeux de la

voir donner de renseignements à ce sujet, pas pu être prise. En tous cas la malade était libre de douleurs périphériques.

cas rare de tumeur de la capsule surrénale

glande *in situ* et non d'un germe aberrant, recherches bibliographiques ce cas serait l'absence de cette tumeur née de la capsule surrénale cinq mois avant l'opération. Elle était répatiques. L'opération assez facile a été faite : des accidents circulatoires et respiration de la tumeur hors de l'abdomen. Suite au tiraillement du sympathique et il y a même cause les décès qui ont rapidement eu lieu. cas. La tumeur présente une structure histologique difficile comme pour toutes des tumeurs de cet organe. Le point de vue morphologique ou histologique, aussi la plupart des pathologistes la classent d'épinéphrome.

dans ce cas il y avait absence de pigmentation est dû au fait que le tissu de l'organe n'était pas la glande fonctionnait en somme mieux. Le tissu de la glande est détruit.

étaient les rapports de la tumeur avec le

il ne faut pas confondre tumeur et hypertrophie de cet organe. ce cas l'absence de pigmentation est due à l'absence de la glande. Le rein était placé en arrière de la tumeur. L'opération a été très facile.

comparables à

une femme en ménopause depuis plusieurs années, avait le ventre grossir surtout à gauche. Au moment de l'opération rempli par une tumeur qui remonte à la paroi latérale. Surface lisse, pas de douleur à la palpation. Signes de gêne mécanique. Incision médiane, puis on a repoussé à droite par une tumeur qui se trouve en dehors du colon. Enucléation du rein; celui-ci qui est très atrophié est resté en place du néoplasme; il est très petit, peu souffert des manœuvres de l'opération. La patiente est restée saine et les urines normales. Tamponnement de l'incision abdominale. Guérison complète guérie pendant trois ans, puis a recommencé. Nouvelle opération trois ans et demi

vec des éléments nerveux.
i fait constater de caracté-
roupement de ces cellules
la tumeur métastatique, la
ngées de cellules, cordons
llaires; nulle part de tubes
rein. Etant donné le siège
du rein, le caractère propre
s éléments épithéliaux en
aux cordons de la capsule
lérer cette capsule comme
f. Bard, qui a bien voulu
é à cette manière de voir

i débris aberrant de cette
existe ici une lacune dans
male n'ayant pas été faite
u'il y avait autre chose à
présence ou l'absence de la
à la circonférence supéro-
lébris surrénalien aberrant
comme point de départ du
cluant. Quant à la nature
à métastase, de l'analogie
surrénalien (*struma supra-*
rait d'une *struma maligna*
mise hors de doute par
e par la texture microscop-
degré de malignité d'après
Bard, il faut attribuer à
e tissu néoplasique tient à
type embryonnaire, en se
t faut ajouter que l'obser-
neur, dans la catégorie des

tumeurs rétropéritonéales,
ent qui permettra d'éviter
avoir ainsi suturé le péri-
onner. Plus tard on pose

s de M. Dupraz il y avait

Dr Charles JULLIARD.

du 9 février 1905 à l'Hôpital cantonal.

Résidence de M. GAUTIER, président.

ents. 1 étranger.

forme du sort du cas de tétanos présenté à la séance du malade vit encore, mais a beaucoup maigri, et dès qu'on , les crises reparaissent.

un malade de 37 ans, plâtrier, entré le 20 janvier à rippe et le diagnostic de maladie bleue. Il présentait le bronchite diffuse, n'avait pas une température très res cyanosé. Il y avait des signes de compression de la de la face et du membre supérieur droit ainsi que percevait un souffle de compression dans le dos. Le r d'un ancien goitre. La percussion révélait une légère nale; on posa le diagnostic de *goitre rétrosternal* avec t on envoya le malade en chirurgie. Les membres érent alors à enfler. Le diagnostic devint hésitant : une tumeur du médiastin ou à un anévrisme? Il exis- la clavicule, mais aucun trouble de la déglutition. evrait des vibrations diastoliques de l'aorte au-dessus pulsations radiales étaient synchrones. En somme, e compression intrathoracique. A la radiographie, on cité dans le médiastin, et on put déterminer que la avant, derrière le sternum.

a vu le malade en chirurgie, fait remarquer que la t insuffisante pour expliquer la cyanose. En outre, it à la main droite et qui n'a apparu que plus tard à èrement intéressant. Le goitre est pulsant, surtout au doit éliminer ainsi l'hypothèse d'une pulsation trans- espiratoire revêt fréquemment un type particulier : sive de la respiration allant jusqu'à l'apnée et même : reveil brusque, rétablissement de la respiration nor- ite. Il ne s'agit donc pas de trachéosténose. M. Girard miner l'hypothèse d'un Basedow fruste et croit plutôt tumeur médiastinale, très probablement un goitre imant les veines caves, ce qui explique l'existence sur le thorax et la présence de l'anasarque apparue

ement, M. Girard ne croit pas au succès de la théra- une opération seule pourrait avoir des chances de d'accès se présentent : la voie sus-sternale et la voie utilisant la chambre pneumatique de Sauerbruch). s, après avoir enlevé le lobe médian de la thyroïde, progressivement la tumeur intra-thoracique vers le cou morcellera. Ce procédé expose aux hémorragies pro- s alors à arrêter. Dans le second cas, on pratiquerait

rectement le néoplasme.
Cependant il faudra se
sans cela.
roscope a vu une tumeur

n'est pas exceptionnel.
e ici d'un goitre en dégé-
re due à des métastases.
et l'idée d'un néoplasme
symptômes de compres-

blement du membre infé-
et pendant et immédiate-
en vin et a éprouvé une
outre de la difficulté à
est pas tremblée. Le diag-
ne forme atténuée de la
eut se manifester pas du

ement post-hémiplégique,
la maladie de Parkinson.
le tremblement chez ce
r une sinusite maxillaire.
lesse d'esprit congénitale,
est aussi faible d'intelli-
un décollement et une
nsécutive. Depuis lors, à
normal ne réagit pas à la
à son réflexe. Le réflexe
nerfs à partir des rétines

constater les réflexes dans
sur la tête, le malade ne
l son réflexe consensuel.
ans, atteint d'une réten-
ie *prostatique*. La prostate
neur maligne. On enleva
puis trois jours va bien ;
core été pratiqué.
pour obtenir la *réaction*
mais des bacilles d'Eberth
parable à celle que donne
reil inventé par Ficker ;
rend son utilisation facile

re : Dr Charles JULLIARD.

Rapport sur la marche de la de Genève en 19

Présenté à la séance du 4 j

par le Dr Edouard Gœtz, j

Chers collègues,

vant de me mettre à la rédaction d
r de vous présenter ce soir, j'ai eu
s en étions il y a seize ans, époque à
présider, pour la première fois, la S
os séances avaient alors lieu dans
saint-Pierre, si peu commode, si étro
séances, mais qui ne manquait pa
éfaut d'autres qualités, il avait un
imité qui manque totalement à n
ns peu nombreux, alors : sur les 14
lement, 46 seulement étaient mem
ces étaient moins fréquentes, mo
ries et pourtant fort intéressantes
lles nous ont laissé, à nous qui alors
vieux de la Société actuelle, un so
doux d'évoquer. Pour ne rappela
is de ceux qui ne sont plus et qui
iterai le Dr V. Gautier, cet excellen
e et pratique, ce modèle pour nous
prendre et de pratiquer la professi
petits, et si généralement apprécié
ceux qui l'approchaient. C'était e
d'avenir, opérateur excellent, à la
mort encore jeune, alors que sa r
enir grande. Puis, notre excellent s
vé à la science et qui promettait
ive enfin H. Girard, observateur b
rent la parole dans nos séances sur
le neurologie.

ue nos jeunes confrères ici prés
our vers le passé, cette digression qu
ice de ce soir, mais je n'ai pu m'e

hommes disparus aujourd'hui,
un souvenir à leur chère

montré, une fois de plus, la
édicale : Sur les 201 méde-
nton, la moitié seulement,
18,7 % font partie de la
nous comptons 93 membres

en août dernier un de nos
ersonne du Prof. Zahn, né
sheim. Elève de Reckling-
ar conséquent, des théories
les, l'avaient, dès le début
nie pathologique. Sa thèse
fut très remarquée, et, plus
thrombose veineuse, attira
r le jeune savant. Il n'est
ndation de notre faculté en
haire d'anatomie pathologi-
nent a montré combien le
ait été heureux. Nombreux
plus ou moins importantes,
squels je ne citerai que le
port étant restreint, je ne
de Zahn; du reste, au mo-
entifiques et politiques ont
vous avez encore présent à
e Société en 1877, le Prof.
ins nos séances, et nous a
r'il démontrait avec l'auto-
années il était moins assidu,
otre Société et il en a fait
pé le 16 avril à Weingarten
apidement, d'une hémopty-
onches de l'anévrysme de
èle à ses principes, et con-
armait l'autopsie obligatoire,
on thorax après sa mort et
ême sur son cas fut vérifié.
une lettre de condoléance

'ex]
pro

con
cou
éra
re
le.
ron
. foi
nor
a. Q
le s
rdo

dre
que
noi
ven
bre
pri
mm
ou)
Kœ
rof
as s
[. C
épu
s m
tre
e, r
liqu
tre
né
od,
ses
nt
sa
des
s'at
rep

Notre Conseil de famille, qui, fort heureusement, n'a pas souvent l'occasion de se réunir a dû s'occuper, cette année, d'une question délicate qu'il a résolue à notre entière satisfaction. A la suite de sa révocation comme chef de la clinique chirurgicale à l'Hôpital cantonal, notre confrère, M. Ch. Julliard, avait cru devoir, par un scrupule de conscience très louable assurément, mais exagéré, selon nous, nous demander si notre société le regarderait comme encore digne d'être compté parmi ses membres malgré la mesure dont il avait été l'objet. On a tellement parlé de cet incident qui, pendant quelque temps, a passionné les esprits, que je considère comme inutile de vous refaire l'historique du cas que vous connaissez tous parfaitement. Notre conseil de famille, composé de MM. les Prof. Revilliod, J.-L. Reverdin et de M. Picot a étudié l'affaire pièces en mains, avec la plus scrupuleuse attention. Dans la séance de juin, nous avons eu un huis-clos, dans lequel le conseil nous a lu son rapport ; après discussion et votation de la Société, nous avons pu écrire à l'intéressé une lettre qui a été publiée par notre *Revue* (1904, p. 454) et reproduite par les journaux politiques. M. Ch. Julliard s'est déclaré satisfait de la réponse que nous lui avons donnée, et nous faisons des vœux pour que le fâcheux souvenir qui doit lui rester de cette aventure s'atténue avec le temps.

La question du changement de local qui revient périodiquement tous les trois ou quatre ans, n'a pas manqué de faire son apparition en 1904. M. le Prof. Léon Revilliod ayant entendu dire qu'une ou deux salles de la Bibliothèque publique pourraient être louées, nous avons immédiatement entamé des négociations avec le Conseil administratif. Par l'organe de son président, M. Piguet-Fages, il nous a été répondu qu'aucune décision définitive ne pouvait être prise pour le moment, mais que bonne note était prise de notre demande. Il est évident qu'il serait avantageux pour tout le monde que le lieu de nos réunions fût transporté dans les bâtiments universitaires : il serait plus central, aurait l'avantage immense d'être à côté de notre bibliothèque, et enfin le cadre serait plus en rapport avec la dignité de notre Société. Espérons que nos successeurs, plus heureux que nous, mèneront à bien cette question du local qui nous préoccupe depuis si longtemps et n'a reçu, jusqu'à présent, qu'une solution provisoire.

Vous vous souvenez, Messieurs, que, dans notre première

de mon pr
 ire de la
 andé au
 nditions
) demande
 ont émue
 e par les
 onts pour
 lât quand
 ur l'assur
 ite conna
 ans la qu
 ielles se t
 e notre pa
) rôle que
 Canton, e
 onnés aux
 du corps
) la défen
 nous invi
 médical g
 lie.

questions
 le Dr Ma
 erttre ces
 té médica
 ale est loi
 oins, des
 ont partie
) réponses
 senteraien
 is.

M. Mailla
 ipation de
 ier suite à
 unions des
 lécision q
 ssociation
 serait élat
 ation et q
 is genevoi.

après discussion, soumis au vote de tous les membres présents.

La séance a eu lieu le 20 avril dans une des salles de l'Université. Par une aimable attention de nos collègues, la présidence de la réunion plénière a été dévolue à votre président dont la tâche a été singulièrement facilitée par l'active et dévouée collaboration de MM. Mégevand et Maillart. Je saisis cette occasion pour les remercier encore de leur complaisance et de leur bonne volonté.

56 médecins ont répondu à notre appel et deux membres du Comité de la *Société médicale de la Suisse romande*, MM. Krafft, de Lausanne et Trechsel, du Locle, nous ont honoré de leur présence. M. de Cérenville, président de la Commission médicale suisse, qui nous avait promis de venir, a été empêché, au dernier moment, retenu par la gravité de l'état du regretté Dr Larguier des Bancelles qui mourait quelques jours plus tard.

Vous avez tous reçu et lu la brochure de 53 pages où se trouve, in extenso, le remarquable rapport du Prof. Mégevand et les réponses aux questions qui nous étaient posées. Ce travail, qui représente une somme considérable de recherches a été fait en collaboration avec le Dr Maillart qui a bien voulu se charger de la partie statistique ; il a su rendre intéressant un sujet si aride, et, dans un exposé très clair, illustré de courbes et de schémas, il nous a montré que le nombre des médecins a subi depuis quelques années une progression ascendante énorme ; comme cette progression n'est pas en rapport avec l'accroissement de la population, il est à craindre, si elle continue, que la profession médicale devienne de plus en plus difficile à exercer dans notre canton.

M. le Prof. Léon Revilliod a lu ensuite un rapport de minorité dans lequel il se déclare opposé au syndicat du corps médical, puis M. le Prof. Mayor a proposé un amendement à la troisième question. Vous trouverez l'un et l'autre de ces exposés reproduits en entier dans le procès-verbal de la séance.

La rédaction des réponses et des thèses a été votée à l'unanimité de l'assemblée ; il serait trop long de vous les énumérer ici, mais je crois pouvoir résumer l'esprit général de la séance en vous disant que le corps médical genevois ne paraît pas vouloir se rallier à l'idée de l'assurance obligatoire embrassant toutes les classes de la population et s'associerait plus volontiers à tout ce qui peut favoriser la création de sociétés de secours mutuels subventionnées par l'Etat et dont devraient

faire partie tous ceux qui jo
qui n'est pas supérieur à 30

Le rapport dont je viens
traits principaux, a été impr
de Genève et à tous les mem
cale de la Suisse romande et

Nous avons appris, par
produit une excellente impr
devons donc regretter ni n
avons contribué, dans la m
d'une question si importante

Pour en finir avec la part
je dois vous rappeler que, le
Société médicale de la Suisse
laire demandant que l'on in
nale une commission restrein
d'étudier la question des ass
un comité annuel. Le Cor
tution de ce genre pourrait
tères de commission perm
tenir en main d'une façon s
dans les cantons, et entrete
secours mutuels et d'assur
réunissaient le Conseil de
Société médicale, cette der
décidé que le Conseil de l'A
de Genève, auquel serait a
Société médicale, formerait
attribuées les fonctions indi
tion, votée en séance ordina
a été communiquée à qui de

Dans notre dernière sés
renouveler le mandat de
à la Commission médicale
MM. les D^r *Gautier* et *Jean*
représentés, ayant accepté
les remercier de leur dévou

Deux membres de notre
aussi flatteuses que méritées
gie et d'obstétrique, a, da
M. le D^r *Béatrix* membre co

séance de février, membre
Reverdin. Nos meilleures
es.

ernier, de nombreux méde-
lerinage annuel d'Ouchy,
accueil, d'y entendre des
bon dîner. Cette année,
des sociétés de la Suisse
ien dirigée par MM. de Cé-
communications que notre
ement résumées. Tous nos
is pour l'excellente journée
plus dans leur hospitalière

cientifique de mon rapport
coup d'œil sur les travaux
Casino et nos neuf séances
rairement à ce qui a eu lieu
l ont été plus fréquentées
rouve une moyenne de 35
30 pour les secondes. Cela
ique sont appréciées et je
ier en notre nom tous les
ettent tant de zèle à nous

Que la Commission admi-
l'expression de notre recon-
ous donne et qu'elle voudra

par nos deux secrétaires,
acquittés de leur tâche, sou-
t un zèle dignes de tous les
publiés par notre *Revue*
trouvé dans les journaux
al de Lucas Championnière,
e Bulletin médical la repro-
l'articles parus dans notre
preuve de sa valeur scienti-

donc bien facilitée par la
nos séances; il serait fasti-
une fois ce que vous avez

tous, ou presque tous déjà lu ou déjà
rai donc selon l'usage établi par m
faire une énumération rapide de no
dernière année ; je n'accompagnerai l
• nication que de quelques mots de souv
que pour montrer à ceux qui ont pris l
des malades ou des travaux, qu'ils n'
ingrats.

Pour ne pas faire de répétition il
rubrique du même nom les communi
leur nombre et, comme c'est M. Ba
c'est par lui que je commence.

PATHOLOGIE INTERNE. — Notre
clinique médicale nous a montré :

1° Un malade qui, à la suite d'u
présentait une paralysie faciale ; une
ramené un liquide sanguinolent, on
hémorragique ; une seconde, puis une
donné un liquide de plus en plus c
diminué et le malade ayant guéri, le d
a pu être fait grâce à la méthode d
plus grands services dans les cas dout

2° Un homme atteint d'anémie grav
faction dans l'intestin d'un botriocép
que et anémie pernicleuse à rechûte
la mort si le ver n'avait pas été expul

3° Un homme atteint d'emphysèm
probablement dû à la perforation
médiastin à la suite d'un cathétérisme

4° Un malade atteint subitement
muscles des jambes et des bras, avec
diagnostic était à faire entre une poly
ou une myélite ascendante aigüe. M.
avec preuves à l'appui, qu'il s'agissait
ce cas, d'une altération passagère, d'o
les des cornes antérieures de la mœlle

5° Une malade asystolique, présent
née quatre fois, et atteinte d'une péri
pagnée d'accidents d'obstruction intes
consulté, pense qu'une intervention pe
symptômes d'obstruction persistent.

ance clinique, M. Bard nous a présenté un cas de mal de Pott qui ne présente rien du côté ; il explique cette anomalie : le malade n'est pas atteint d'une tuberculose ancienne.

Le service de la clinique médi-

cine de la jambe due à une tumeur.

La tumeur de la partie supérieure de la cuisse. Elle est accompagnée d'une métastase ganglionnaire, d'une hypertrophie du cœur ; la tumeur est influencée par la radio-

thérapie, une femme atteinte de tumeur.

Un cas grave d'arthropathie qu'il faut traiter par l'antitétanique.

M. Bard a communiqué la statistique des enfants malades en France en 1920 : on a eu que 7 décès, ce qui montre l'efficacité de la sérothérapie. Cette communication a été suivie d'une discussion des résultats par MM. Bard, Andreæ, et Dubois, et qu'a reproduite

la liste des malades atteints de paralysie

de la face, nous a lu l'observation d'un cas de tumeur méningitique avec ponctions lombaires.

Un cas sans aphasie avec troubles de la motricité musculaire. Il l'attribue à une tumeur et conseille de traiter le malade par la radiothérapie.

Le service de la clinique médi-

cine, nous a présenté un cas de tumeur du cou ; l'examen cytologique a permis de faire le diagnostic de

achidienne chronique
erculeuse, peut-être s

Claparède nous a pa
la détermination ph
; il a insisté sur l'im
t de vue de la simulat
ccidents, simulation q
affirmer, et surtout à
IE EXTERNE. — M. le
nctions qu'au mois
nos séances cliniqu
ire que nous avons ac

ord un malheureux :

Girard se décide à o
ressenties par le pa
nférieur, extirpation
s satisfaisants; la doi
s de fracture du bas
a suture de ce canal.
lade qui, à la suite d'
achée; la cicatrice éta
s'était ulcérée et la
eu l'idée d'enlever le
la surface cruentée u
e. Résultat excellent
cher.

rite d'un 'accident d'
e amnésie complète et
et du deltoïde; M. G
à l'arrachement du p

mme rachitique atteir
e la marche est diffic
ée en dehors. M. Gir
stéotomie cunéiforme
cette intervention.

nous a montré un b
uniquer le rectum av
ne sonde à demeure e
dans le rectum.

Le même chirurgien nous a lu la curieuse histoire d'enfant atteinte d'une péritonite à pneumocoques qu'il a l'rotomisée avec succès.

M. *Ch. Julliard* nous a présenté trois fractures peu comm avec radiographies.

M. *Veyrassat* nous a montré un cas de maladie de Paget

M. *Bourcart* nous a parlé, avec courbes à l'appui, du tr ment des affections aiguës du ventre par le massage et vibrations.

M. le Prof. *Auguste Reverdin* a eu l'heureuse idée de parler devant un phonographe un jeune homme atteint de de lièvre et de gueule de loup. Après l'opération qui a e succès complet, le merveilleux appareil d'Edison nous a entendre l'importante modification que la staphylorrhha avait apportée dans l'articulation des mots et l'émission (voix.

M. *Lardy* nous a montré un opéré de résection du maxil inférieur, pour un cancroïde de la joue, après ligature pro ble de la carotide externe.

M. *Kummer* nous a présenté un jeune homme de seize atteint de kyste médullaire du fémur à sa partie supérie avec fracture spontanée de cet os. Après avoir enlevé malade, M. Kummer a transplanté à sa place dix-neuf c mètres du péroné du même côté; l'os transplanté a si repris, que le malade peut marcher sans canne et sans doul

M. le Prof. *Jaques Reverdin* nous a fait une intéress communication sur un malade atteint d'accidents faisant pe à une tumeur cérébrale, siégeant au niveau du sillon de lando à droite; il souffrait d'une céphalalgie persist accompagnée de crises épileptiformes. M. Reverdin a opér malade avec un plein succès et d'après une technique qu est propre et qu'il nous a minutieusement décrite.

Enfin, M. *Martin* nous a lu la curieuse observation d'enfant, qui après avoir avalé un épi de graminée, qui séjoi un certain temps dans les bronches, élimina le corps étra par un abcès de la paroi thoracique; cet abcès fut ouve cette heureuse intervention amena la guérison immédiate

GYNÉCOLOGIE. — M. *Kœnig* nous a présenté quatre fem sur lesquelles il a pratiqué la laparotomie esthétique d'apr méthode de Pfannenstiel. L'incision abdominale, faite très et transversalement, a l'avantage de donner une cicatrice

visible, de prévenir les chances de hernie post-opératoire, et enfin de protéger les intestins pendant toute l'opération.

Le même auteur nous a décrit, avec pièces à l'appui, l'opération qu'il a pratiquée sur une femme atteinte de kystes bilatéraux de l'ovaire. L'hystérectomie totale a peu de chances de réussir, les kystes enlevés étant le siège d'une dégénérescence carcinomateuse.

M. *Kummer* nous a présenté un résumé de ses observations sur 47 opérations pour fibromes utérins sur lesquelles il n'a eu que 4 cas de mort.

M. *de Seigneux* nous a parlé d'une malade atteinte de carcinome du col utérin à laquelle il a fait l'hystérectomie par la voie abdominale. L'uretère droit ayant été blessé au cours de l'opération, il en est résulté une pyélonéphrite purulente qui nécessita l'ablation du rein. Malgré ces deux graves interventions la malade guérit après six mois de traitement.

M. *Patry* nous a raconté l'histoire d'une jeune femme atteinte de grossesse extra-utérine qui se rompit spontanément, et inonda le péritoine d'un épanchement sanguin énorme. Laparotomie immédiate suivie de l'ablation de la trompe éclatée et guérison complète en vingt jours.

Enfin, M. *Andree* nous a montré une curieuse stalactite hématique provenant d'une jeune fille qui, se plaignant de troubles dans la miction, fut examinée. On trouva la vulve obstruée par un corps dur, ovalaire, brunâtre, qui était formé par du sang coagulé et retenu par les poils.

OBSTÉTRIQUE. — Elle n'a été représentée que par une seule communication de M. *de Seigneux*; il nous a montré un dilateur utérin, modification de celui de Bossi, qui permet à l'auteur de dilater un col rigide et de terminer rapidement un accouchement. Il est évident que cet ingénieux instrument peut rendre de grands services surtout dans les cas d'éclampsie, mais nous craignons que, placé dans les mains d'un accoucheur inexpérimenté, il puisse devenir dangereux.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Ch. Julliard* nous a exposé les résultats qu'il a obtenus à la suite d'injections d'eau salée dans les cas de tuberculose chirurgicale. Il est difficile d'apprécier aujourd'hui la valeur diagnostique de cette méthode qui est encore à l'étude.

M. *H. Audeoud* nous a parlé de l'emploi de l'antimicrobine dans le traitement de la coqueluche, et M. *Guder* de la pollan-

tine dans celui de la fièvre des foins. Ces deux nouveaux remèdes ne paraissent pas avoir une valeur thérapeutique plus considérable que celle de tous les médicaments qu'on a préconisés contre ces deux maladies si difficiles à traiter.

DERMATOLOGIE. — Le service des maladies de la peau et syphilitique nous a présenté, par l'organe de M. le Prof. *Oltramare* et de son distingué chef de clinique, M. *DuBois*, plusieurs cas intéressants que je me borne à énumérer car, dans ces communications, la vue est tout, et la description peu de chose. Nous avons pu examiner : un lichen ruher hypertrophique corné, ou hyperkeratose localisée, une séborrhéide circonscrite de la nuque et de l'oreille, des teignes d'origine animale, des teignes faveuses traitées par les rayons X., une alopécie chez un enfant, d'un diagnostic délicat et que M. Oltramare considère comme d'origine syphilitique.

Enfin, tout comme à la *Société de dermatologie de Paris*, nous avons eu notre petite discussion sur la contagiosité de la pelade, et, si nous ne sommes pas arrivés à une conclusion ferme, tout au moins, les idées émises et les opinions échangées n'ont pas manqué que d'être très intéressantes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. *Henri Revilliod* nous a montré un cas d'embolie cérébrale observée par lui, en ville.

M. *Eugène Revilliod* a présenté deux appendices enlevés à des malades de l'hôpital du chemin Gourgas et dont l'un était perforé par un calcul.

M. *Bard* nous a montré un cœur atteint d'insuffisance aortique avec languette calcifiée sur le bord libre d'une des valvules sigmoïdes.

M. *Mallet* a fait l'autopsie de deux malades présentés en séances cliniques et nous a montré leurs pièces, fort instructives : le malade qui avait de l'emphysème cervical attribué à la perforation de l'œsophage pendant un lavage, a été trouvé atteint d'un rétrécissement carcinomateux avec adhérences à la plèvre et au poumon. L'autre malade qui avait été atteint d'une gangrène de la jambe, présentait dans l'artère iliaque droite, un énorme thrombus.

M. *Dupraz* nous a montré un gros kyste spermatique opéré par lui, et M. *Guder* un anévrysme de l'aorte comprimant les deux récurrents et ayant produit des accidents laryngés graves s'expliquant par la dégénérescence des muscles des cordes vocales.

M. Girard, a présenté quelques pièces provenant des cas qu'il a pratiqués à la clinique chirurgicale : tumeur ulcéreuse du colon, pylore carcinomateux, une anse intestinale étranglée pendant le cours d'une opération de hernie étranglée, un énorme papillôme de la vessie.

ÉTAT MENTAL. — Cette année nous n'avons pas, en 1903, fait de visite à l'Asile de Bel-Air, mais, son directeur, M. le Prof. Weber, désireux de nous montrer des cas intéressants de son service, a eu l'heureuse idée d'amener un alcoolique atteint de délire, avec hallucinations auditives et visuelles, ce qui est rare, paraît-il, les unes entraînant ordinairement les autres.

Un autre aliéné présente des hallucinations olfactives et on se demande s'il y a lieu d'établir un rapport de cause à effet entre une sinusite dont le malade souffre depuis longtemps et les dites hallucinations.

Autre fois, notre professeur de psychiatrie nous a amusés, avec l'humour et l'esprit que vous lui connaissez, en racontant l'histoire d'un faible d'esprit qui a raconté une histoire d'amour, inventée de toutes pièces, mais débitée avec un tel air de sincérité que tout autre qu'un aliéniste s'y serait laissé prendre. Ce malade est un type de la maladie décrite par Korsakow sous le nom de : « pseudologia phantastica ».

M. Weber nous a montré un cas de maladie de Korsakow, caractérisée par une perte absolue de la mémoire à la suite d'un traumatisme.

OPHTHALMOLOGIE. — Elle n'a été l'objet que d'une communication de M. le Prof. Haltenhoff; il nous a parlé d'un cas de tumeur cérébrale avec hémianopsie et présente le signe de Wernicke.

INSTRUMENTS ET APPAREILS. — M. Lardy nous a démontré un cathéter urinal qu'il a fait construire par M. Demarex et qui satisfait toutes les conditions voulues d'un parfait cathéter.

M. Seigneux a fait établir, pour son usage, une chaise longue et de panséments. Très élégant et pratique, cet appareil, en forme de sofa quand il est replié, est destiné à servir de cabinet de plus d'un de nos gynécologues en vogue.

— Sous ce titre je rappellerai deux communications que nous n'avons pas trouvées leur place dans la classification qui précède, mais qui se rapportant, toutes les deux, à la médecine.

À la séance d'avril, M. Gautier nous a lu l'histoire de la

siècles, de l'inoculation et de
à Genève. Cette importante
re que M. Gautier publiera sur
re.

ant nous une théorie biologi-
e avec le plus vif intérêt ; son
de laquelle il n'a jailli qu'une

j'aurais dû faire moins long,
entendre, je vous dois des
uver une manière nouvelle et
activité scientifique. Que vou-
le école et j'ai la faiblesse de
aisse donc à mes successeurs
prendre en supprimant l'énu-
vaux de l'année, tels que l'ont
cédé. Cela ne veut pas dire que
rait évident que, si la Société
s qui suivront le même entrain-
ant, les communications, tra-
s pièces et de malades seront si
lents futurs sera des plus diffi-

i, du reste, rien que de très
sang nouveau a été infusé à
ale, qui, tout en restant fidèle
du temps passé, sait, comme
les besoins et les goûts de la

otre bienveillance m'a appelé
ercie tous, chers confrères, de
que vous m'avez fait. Je me
ents collègues du Comité, qui
ciliter ma tâche, de mes deux
nts et si exacts dans l'accom-
fonctions, de notre trésorier
roblème de l'abaissement des
uer pour cela nos dépenses ;
e s'était jamais vu ! Vous leur
les renommant tous les trois.
ont la place est devenue une

le transport de no
 lui donnerez vos s
 é un collègue aimat
 lace à mon excellen
 e la Société médica
 renom d'honnêteté
 bonne confraterni
 ce pendant tant d'
 aut pour devise et c
 n l'idéal que nous]
Excelsior ! toujours]
 14.

BIBLIOGRAPHIE

vel essai de cardiogra
médecine, 10 janvier 11
 recherches de cardio
 ans M. le prof. D'Esp
 onçu au début de trou
 ladie du système circ
 e pathologique en gé
 , tels que le bruit de g
 liverses variétés d'ané
 nouveau mémoire, e
 nissent ses tracés, gr
 rse dans l'anévrisme e
 terstitielle, dans le r
 t et l'insuffisance aort
 palpitations dans la
 ut être résumé, il doit
 que reproduit l'auteur
 ades sur lesquels il les
 pulsation fournoit des
 n artérielle ; ces indic
 ygmomanomètre quanc
 instrument ne peut do

GRANCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, 2^e éd. T. V.
Un vol. in-8° de 1244 p. avec fig. Paris 1905, Masson et C^{ie}.

Le cinquième et dernier volume de cette nouvelle édition vient de paraître. Il traite des maladies du fœtus et du nouveau-né, de celles des yeux et des oreilles, des affections chirurgicales, et se termine par un chapitre consacré à la thérapeutique. Parmi les articles nouveaux, nous mentionnerons ceux relatifs à l'ostéite des nacriers par M. Broca, aux kystes hydatiques par MM. Cramwell et Herrera Vegas, aux tumeurs et fistules congénitales par M. V. Veau, et enfin le chapitre concernant la thérapeutique; M. Comby y expose les notions générales sur le traitement des affections de l'enfance, les principales médications, etc., et donne un formulaire avec indication des doses, M. Larat y traite de l'électrothérapie, de la photothérapie et de la radiothérapie, M. Rosenthal de la gymnastique et de la rééducation respiratoire et M. Lévy de la rééducation psychique et de la psychothérapie. Le volume se termine par une table alphabétique générale des matières contenues dans les cinq volumes. Ceux-ci ont pu être publiés dans le temps relativement très court de dix-huit mois, bien qu'ils soient dus à la coopération de cent vingt auteurs et que plusieurs articles rédigés en langues étrangères aient dû être traduits. Ce bel ouvrage fait le plus grand honneur aux deux rédacteurs et à leurs nombreux collaborateurs.

C. P.

BROUARDEL et GILBERT. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique. — I. Maladies microbiennes en général, par P. CARNOT; un vol. gr. in-8 de 232 p. avec 54 fig., Paris 1905, J.-B. Baillière et fils.

L'accueil si empressé qu'a reçu du public médical le *Traité de médecine et de thérapeutique* qui a paru de 1895 à 1902 sous la direction de MM. Brouardel et Gilbert et sous celle du regretté Girode, pour les premiers volumes, a déjà rendu une seconde édition nécessaire. Le nouveau traité ne sera pas seulement nouveau par le titre mais aussi par la forme et par le fond; en effet au lieu d'être publié en gros volumes d'un millier de pages, il paraîtra en fascicules relativement courts, mais qui formeront néanmoins un tout complet en réunissant un groupe naturel de maladies; ils se vendront séparément; ces fascicules renfermeront beaucoup d'articles nouveaux, les articles anciens seront refondus et souvent développés, plusieurs seront dus à de nouveaux collaborateurs.

Le premier fascicule que nous venons de recevoir, est consacré aux maladies microbiennes en général. M. P. Carnot y traite de l'anatomie et de la physiologie comparées du microbe et de la cellule organique, de l'histoire générale des infections (étiologie, pathogénie, sémiologie, etc.) et de leurs divers modes de diagnostic (bactério-diagnostic, toxino-diagnostic, cyto-diagnostic, séro-diagnostic); il y expose les questions relatives à

et à l'immunité, à la lutte entre la cellule et le microbe, et un court chapitre consacré aux vaccinations, aux sérothérapies, à d'autres méthodes thérapeutiques anti-infectieuses.

En cette forme, le nouveau traité pourra paraître rapidement à raison de quelques centaines de francs par mois. Nous ne doutons pas qu'il n'obtienne le même succès que son prédécesseur.

C. P.

MATHIEU et MIGNOT. — Traité de l'alcoolisme; un vol. in-8° avec une préface du prof. Joffroy. Paris 1905, Masson et C°.

Le traité est traité d'une façon très scientifique de la question de l'alcoolisme, envisagée sur toutes ses faces. Les trois auteurs se sont répartis les diverses parties de ce vaste sujet. M. Mathieu expose les notions générales sur les alcools et les diverses boissons alcooliques, la fréquence de leur consommation, la lutte contre l'alcoolisme. M. Trépoles expose les effets de l'alcool au point de vue physiologique, anatomique et clinique; il s'occupe également de la thérapeutique de l'alcoolisme et de l'assistance aux alcooliques en collaboration avec M. Mignot. Le dernier a rédigé les chapitres relatifs à la psychopathie de l'alcoolisme et aux questions médicales légales que soulève cette affection. L'ouvrage, très richement documenté et écrit avec une grande clarté sera très utile et sera fruit non seulement par les médecins, mais aussi par tous ceux qui s'intéressent à la lutte contre un des plus grands ennemis de l'humanité.

C. P.

— Les nerfs du cœur, anatomie et physiologie, avec une préface de M. de Cyon. Les rapports de la médecine avec la physiologie et la bactériologie. 1 vol. gr. in-8° de 255 p. avec 45 fig. Paris, 1905, F. Alcan.

Cet ouvrage qui, il y a quarante ans, a eu une large part à jouer dans l'histoire de la physiologie, est particulièrement apte à traiter avec autorité de ce chapitre si important de la physiologie. Il passe en revue les recherches faites dans ce domaine dans ces vingt à trente dernières années. Il discute en particulier la théorie myogène et neurogène du cœur, en combattant énergiquement la première. Il apporte un argument à cette manière de voir dans ses recherches sur les nerfs du cœur qui l'amènent à donner, comme on le sait, au corps thyroïdien, aux capsules surrénales un rôle tout à fait spécial dans la régulation du cœur.

Enfin M. de Cyon cherche à démontrer que seule la physiologie peut donner une base scientifique à la médecine et indiquer les véritables bases sur lesquelles les recherches bactériologiques peuvent rendre des services à la pathologie et à la thérapeutique. Il critique les hypothèses de Metchnikoff sur le rôle des phagocytes et sur les causes de la

vieillesse et de la mort avec une violence d'expressions que l'on est étonné de rencontrer dans une œuvre scientifique. Si la bactériologie, comme toute science nouvelle, offre quelques exagérations, on ne peut méconnaître cependant les services importants qu'elle a rendus à la pathologie et à la thérapeutique. Rien n'empêche, ce nous semble, que, sans porter ombrage à la physiologie, elle contribue comme elle à l'extension de nos connaissances sur les phénomènes de la vie.

J.-L. P.

BOURNEVILLE. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, vol. XXIV; in-8° de CLXXIV et 346 p. avec 72 fig. et 17 planches, Paris, 1904, F. Alcan.

Ce volume est la continuation des intéressantes publications que M. Bourneville fait chaque année sur son service de Bicêtre et de la fondation Vallée. Il est particulièrement intéressant par les détails qu'il donne sur l'éducation physique et intellectuelle des idiots. De nombreuses figures illustrent ces descriptions. La seconde partie consacrée à la clinique et à la thérapeutique décrit de nombreux cas de nanisme de variétés diverses; des observations d'idiotie suivie de mort et ayant fourni le sujet de nombreuses planches, des tableaux statistiques, etc., etc., intéresseront les lecteurs. Le volume se termine par l'indication bibliographique des nombreuses thèses qui ont été élaborées sous la direction de M. Bourneville.

J.-L. P.

M. D'HALLUIN. — Résurrection du cœur, la vie du cœur isolé, le massage du cœur; un vol. in-8° de 187 p. avec 22 dessins et 6 planches hors texte; Paris 1904, Vigot frères et Lille Vve A. Masson.

Dans la première partie de ce livre, l'auteur, chef des travaux pratiques à la Faculté libre de médecine de Lille, passe en revue les méthodes d'isolement du cœur, critique la composition des sérums employés pour les circulations artificielles dans cet organe et démontre la nécessité absolue des sels de chaux pour le fonctionnement du cœur des mammifères. Faisant usage du sérum de Locke et employant un appareil de sa composition, il a pu comme Kuliabko ranimer le myocarde du cœur du chien et surtout de l'enfant nouveau-né jusqu'à 24 heures et les oreillettes jusqu'à 42 heures après la mort.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, M. D'Halluin étudie la possibilité de ranimer un être qui a cessé de respirer. Il a recours au massage du cœur et étudie les différentes méthodes qui ont été conseillées à cet égard. Il fait de nombreux emprunts aux travaux exécutés dans le laboratoire de physiologie de Genève, rappelle les travaux de M. Arabian et de M. Bourcart. Il passe en revue les expériences publiées par MM. Prevost et Battelli, soit dans le *Journal de Physiologie*, soit dans la *Revue médicale de la Suisse romande* qui démontrent que le cœur d'un chien qui offre des trémulations fibrillaires à la suite de l'électrisation ou d'autres

est définitivement mort, à
ations par l'application d'un
alluin publie des expériences
tra-veineuse d'une solution d
asser les trémulations fibrilla
vrage se termine par un ind

FRANÇOIS-FRANCK. — Cours
vvaux du laboratoire (de 18
, O. Doin.

rof. François-Franck expose
su donner au laboratoire du
borateur et le suppléant du
imer le vaste champ d'obs
qui ressort de cet exposé
nements sur les principales
x général et organique, la
on, les sécrétions, le sang, le
e, forment autant de têtes
aux sont résumés. Nous
f. Marey M. François-Franc
nes physiologiques.

VAR

UN MOYEN DE PROPHY

tre époque où nous n'avons,
ues contre la tuberculose, l
compris que tous leurs effor
alement à éviter la propaga
ne comprenant l'importanc
volontiers à toutes les me
ande pas mieux que d'appre
rent bien les lui indiquer et
ique.

les conférences, par des livre
i a déjà tenté de populariser
ant quel maigre résultat no
âge mur, combien peu de
entendre telle ou telle con
res ou journaux traitant le

mesures, combien peu les mettent en
et tout simplement parce que jamais
expliquer clairement et nettement le
doivent les mettre en pratique,
ail. C'est en constatant chaque jour
hygiène les plus élémentaires sont
inappliquées et comment chaque
de propagation, que je me suis de-
épandre dans chaque famille d'une
naissance des seuls moyens que nous
pas de faire instruire la jeunesse

instruction est obligatoire et gra-
tuitier des médecins scolaires, afin
soient placés dans les meilleures
. Il me semble qu'il n'y aurait pas
jeunesse par ces mêmes médecins
ne qu'elle doit mettre en pratique,
nombre de maladies et principa-
trois par ce seul moyen que nous
n sûre, générale et pratique les
entre la propagation de la tuber-
dans ce moyen le grand avantage
jeunesse à l'âge où l'infection se

classes inférieures de nos collèges
ruire la jeunesse, mais dans les
nt, c'est-à-dire à l'âge où les jeunes
ortance des mesures qui leur sont

c'est je crois seulement en confiant
instituteurs et à des institutrices
En effet, ce sont seulement les
les filles écouteront, car ce sont
le l'ascendant nécessaire. Ce sont
utes les mesures d'hygiène et leur
e façon claire et simple la manière
enfin qui pourront seuls rendre
exemples tirés de leur expérience
les jeunes gens et des jeunes filles
iale aux questions qui leur auront
mples détails.

plement des pancartes seches et
is verrons les mesures d'hygiène
les maisons et en général dans la
orsque l'on aura expliqué bien en

r ainsi dire à chacun en particulier, les mesures à prendre, la les mettre en pratique et les résultats surprenants qu'elles que chacun sera forcé d'y réfléchir, de s'y intéresser et finalement à les appliquer pour soi-même et autour de soi.

dra pas dans ces cours vouloir enseigner la thérapeutique de ose, mais seulement expliquer clairement aux jeunes gens quelles mesures d'hygiène qu'ils doivent suivre s'ils veulent conserver leur santé, comment ils doivent d'une façon pratique appliquer les mesures et les résultats immenses qu'ils en obtiendront. De plus sur indiquer brièvement les symptômes de la maladie pour les aller de suite consulter un médecin dans le moment où ils ont chance de guérison.

e pourra-t-on dans les mêmes cours mettre en garde notre jeune l'alcoolisme ou telle autre maladie en lui montrant les ravages qu'elles occasionnent sur l'organisme et les conséquences plus encore qu'elles entraînent durant la vie entière. Combien de effet viennent dire au médecin : « Ah si on m'avait dit ! si j'avais connu les dangers que je courrais, j'aurais agi autrement ! » Cela n'aurait pas été dit, mais mal dit et mal expliqué par des gens qui ne savaient rien et qu'ils ne croyaient pas.

grand reproche que chacun opposera à ce système de propagation, c'est celui-ci : Actuellement les jeunes gens et les jeunes femmes des écoles sont trop chargés et il n'y a plus de place pour des cours de ce genre. A cela je répondrai ce qui suit : 1° qu'ils n'auront que ce qu'ils ont de leur science, ceux qui auront perdu leur santé en ne prenant les précautions qui ont été la seule cause de leur maladie ; 2° que les hommes et les jeunes filles sentiront que ce cours n'est pas comme les autres, qu'il est une heure d'instruction pratique dans laquelle ils ne sont pas pour le professeur ou pour avoir un bon point, mais pour leur intérêt privé, pour se mettre à même de conserver leur santé, c'est-à-dire en état d'obtenir dans la vie la plus grande satisfaction : la santé ; 3° que, à mon avis, le nombre de leçons nécessaires pour obtenir un résultat utile ne serait que minime, une heure par mois suffirait.

Je ne veux pas aujourd'hui entrer dans les détails techniques ou financiers. L'introduction de ces cours amèneraient chez nous, mais je veux seulement me borner à soumettre aux médecins et à tous ceux qui s'intéressent à la question ce moyen, à mon avis le plus puissant, de faire connaître et principalement de faire appliquer les mesures par lesquelles nous pourrions enrayer le fléau dans son terrible développement.

janvier 1905.

Dr L. de RUYNEN

Ancien premier assistant des Sanatoriums de la
Schatzalp (Davos) et du Mont-Blanc (Leyrain)

aux journaux de reproduire.

1888. — Le 28 février dernier est
 Alois Menthonnex, âgé de 60 ans,
 , par une complication de grippe.
 adémie de Lausanne, terminées par
 ithonnex se prépara à la carrière
 m, puis fut successivement interne
 Lausanne. Après avoir passé son
 n canton de Vaud, il s'établit en
 ne pendant 34 ans dans le rayon
 climat d'hiver exige de son médecine
 durance. Menthonnex s'y est con-
 ne clientèle nombreuse qui savait
 ons des dehors un peu frustes, car
 onfrère a rempli les fonctions de
 e Serix avec zèle et désintéresse-
 . mérité la gratitude de cette utile
 publiques de sa contrée, il était
 al d'Oron et s'est toujours occupé
 mutuels dont il a été un membre
 district depuis 1888. Il laissera le
 C.

s du Dr Victor Dumur, médecin
 r dans sa 82^{me} année, qui était,
 cal vandois, et celui du Dr Camille
 ins sa 49^e année.
 ie aux familles affligées et revien-
 es deux derniers regrettés confrères.

Max Askanazy, professeur extraor-
 i été nommé professeur d'anatomie
 Zahn, décédé.

r Robert Odier vient d'ouvrir à
 toire pour analyses cliniques où
 es pour faire toutes les recherches
 es, hématologiques et histologiques
 souhaitons plein succès à cette utile

2. — L'arrêté du Conseil fédéral
 u modèle de trousse de poche pour
 en partie surannée et à cause de

que l'on peut laver et stériliser,
 la nouvelle trousse contient un
 par le règlement. Le propriétaire

d'augmenter ce
e d'un certain
que les jeunes
e les officiers si
la Confédération
fait pour d'au
resser les comm
ration fédérale c
qui se charg

irs 1905.

SECOURS FONDATION

orés confrères,
entons ci-joint
decins suisses.
qui nous ont été
irable et notre
caisse a dépen
atteinte. Nous
quel point elle
veuves et famil
ouvent tempora
ssaire que les
e les jeunes, se
familles de mé
trouvent dans
le misère, et il
preuve réjouiss
it au-dessus de
cours des anné
s de fr. 10,000
is nous devons
ne nous médec
itution, car les
Fondation Bur
.70; aussi, si n
evant en tout à
lu capital pour
qu'il faut ajou
d'administratio
seront aussi ele
nouvelles dema
ssitenses ayant

ée que les intérêts du capital, et
nt de legs et d'autres ressources
employés pour parfaire les dépen-
ner uniquement à l'augmentation

ents pour tout ce qui a été fait
caisse de secours, une instante
me oreille bienveillante à notre
largement ouverte.

caisse de secours a maintenant
ns cependant nous être aperçu, à
ec des confrères, qu'un nombre
parmi les jeunes, ne connaissent
le donc indiqué de rappeler pour

es ressources, lorsqu'ils en ont
scins, ainsi qu'aux collègues inva-
ssi en aide à des confrères tombés
le leur part.

lans les contributions libres des
que dans les legs et autres dons

à une commission administrative
due par la Commission médicale
dressés à la commission adminis-
et des propositions à la Commis-
montant des secours à accorder.
ire.

de Fondation Burckardt-Baader,
é pour consacrer le souvenir de
der et le prof. Albert Burkhardt-
es services qu'ils ont rendu tant
général. La fondation Burckardt-
différant de celui de la caisse de

re actuellement ; il y aura lieu de
ement de la Caisse dans trois ans,
institution.

n médicale suisse :

résident : Prof. DR CÉRENVILLE.

ative de la Caisse :

rof. Albrecht BURCKHARDT.

MÜHL.

me compte, du 1^{er} jan

RECETTES

e précédent

ns pour la Caisse de secou

penzell.. } 11 à 100.-
 } 2 ens. 30.-

vie

Ville

Campagne

e

ourg } 11 à 50.-
 } 1 à 20.-

ill..... } 11 à 100.-
 } 19 ens. 415.-

ve..... } 11 à 20.-
 } 15 ens. 320.-

s

ms

rne

hâtel

ffhouse.. } 11 à 100.-
 } 1 à 5.-

ryz

tre

in } 12 à 100.-
 } 5 ens. 55.-

govie... } 11 à 100.-
 } 12 ens. 290.-

rwalden

.....

s

l

.....

h } 11 à 100.-
 } 70 ens. 1185.-

s :

ppeler, à Constance

. Hess, Bey, au Caire ...

cher, à Nice

udhauser, à Yokokama ...

A repc

ciété.

rt	5	120.—	9.541.60
al	1	500.—	
.	1	3.70	
.	1	200.—	
Dr	1	200.—	
.	1	50.—	
à	1	200.—	
ch	1	2000.—	
l.	1	1000.—	
	12	ensemble	4273.70

hardt-Baader :

lé	1	50.—	
.	1	25.—	
.	1	10.—	
.	1	25.—	
.	1	100.—	
.	1	20.—	
	6	ensemble	230.—

.....	4500.—
compte.	
.....	17,018.45
.....	146.25
s.....	3988.55
brêts de	
	935.90 4924.45
recettes	<u>40634.45</u>

intérêts	61.05	12561.05
compte		
.....		10400.—
des ca-		
.....		4924.45
ment et		
.....		103.65
.....		76.60
.....		137.40
.....		300.—
.....	650.—	
	<i>A reporter</i>	<u>28503.15</u>

12 veuves de collègues et leurs enfants	
11 paiements	
par la caisse de secours	900 ^{fr}
de la fondation Burckhardt-Baader, sa	
l'intérêts de 1904	93 ^{fr}
solde à nouveau	
	To

Les recettes effectives sont :

des médecins pour la Caisse de secours.	
contributions diverses pour la caisse de secou	
des médecins pour la fondation Burckha	
laader	
rets des capitaux	
recettes de cours en notre faveur	

Les dépenses effectives sont :

nos 2 à 6 comme ci-dessus et fraction d'inté	
: Excédent de recettes, égal à l'augmenta	
du capital	
part d'augmentation de fortune de la Ca	
isse de secours	
de la fondation Burckhardt-Baader	

BILAN

te d'intérêts à la banque de Bâle au 31	
décembre 1904	
titres déposés	
en espèces	
de la fortune au 31 décembre 1904	

Cette somme se compose :

mond sans destination spéciale (Caisse	
de secours)	
de la fondation Burckhardt-Baader	

augmentation de la fortune totale en 1904

				SECOURS		Etat de la		Augment.	
				Sommes		caisse à la		de la	
				Fr.	Ct.	Fr.	Ct.	Fr.	Ct.
1883-1887	32445.—	900.—	5500.—	4095.—	36551.94	36551.94			
1888-1892	37108.50	1405.60	6300.—	19033.70	70830.81	34298.87			
1893-1897	34778.—	2183.95	8550.—	33150.—	96493.—	25642.19			
1898-1902	32067.05	2753.45	14483.85	39525.—	122917.33	26424.33			
L'année 1903	8160.—	1470.—	1600.—	8657.—	129473.42	6356.09			
1904	7565.—	623.70	3650.—	9940.—	135764.12	6290.70			
	152123.55	9336.70	40383.85	114400.70		135764.12			
	Fr. 201544.10								

CANTONS	NOMBRE DE MEMBRES	Cotisations 1904.						TOTAUX depuis 1853.	
		Caisse de secours		Fonda- tion		Ensemble.		Fr.	Ct.
Appenzell.....	31	Fr. 130.—	Ot. —	Fr. 50.—	Ot. —	Fr. 180.—	Ot. —	Fr. 3120.—	Ot. —
Argovie.....	107	300.—	—	—	—	300.—	—	7322.—	—
Bâle-Ville.....	120	825.—	—	—	—	825.—	—	18895.—	—
Bâle-Campagne.	31	85.—	—	—	—	85.—	—	2073.—	—
Berne.....	316	1060.—	—	25.—	—	1085.—	—	22766.—	—
Fribourg.....	43	70.—	—	—	—	70.—	—	1370.—	—
Saint-Gall.....	150	515.—	—	10.—	—	525.—	—	13377.—	—
Glaris.....	26	30.—	—	—	—	30.—	—	1780.—	—
Genève.....	194	310.—	—	25.—	—	365.—	—	6418.—	—
Grisons.....	131	335.—	—	—	—	335.—	—	6192.—	—
Lucerne.....	104	260.—	—	—	—	260.—	—	5683.—	—
Neuchâtel.....	91	265.—	—	—	—	265.—	—	4398.—	—
Schaffhouse....	27	105.—	—	—	—	105.—	—	1385.—	—
Schwytz.....	31	90.—	—	—	—	90.—	—	1300.—	—
Soleure.....	111	140.—	—	—	—	140.—	—	4820.—	—
Tessin.....	89	235.—	—	100.—	—	355.—	—	3009.—	—
Thurgovie.....	67	390.—	—	—	—	390.—	—	8244.50	—
Unterwalden..	111	10.—	—	—	—	10.—	—	315.—	—
Uri.....	7	—	—	—	—	—	—	160.—	—
Valais.....	39	10.—	—	—	—	10.—	—	195.—	—
Vaud.....	205	785.—	—	—	—	785.—	—	9440.—	—
Zoug.....	20	50.—	—	—	—	50.—	—	1305.—	—
Zurich.....	1112	1285.—	—	20.—	—	1305.—	—	28256.05	—
Divers.....	..	4273.70	—	—	—	4273.70	—	49420.55	—
	2210	11608.70	—	230.—	—	11838.70	—	201544.10	—
A savoir : Totaux de la Caisse de secours.....								176,356.20	—
" " fondation Burckhardt-Baader.....								25,187.90	—
								201,544.10	—

Le Caissier : Dr P. VON DER MÜHLL.

e prof. de CERENVILLE, à Lausanne.

Très honoré Monsieur,

désir exprimé par la Commission médicale suisse, les soussignés é le compte de la Caisse de secours des médecins suisses et de ion Burckhardt-Baader pour 1904 qui leur a été présenté, ils en aré les différentes rubriques avec les quittances et ont tout ns l'ordre le plus parfait.

avons aussi trouvé que la liste des titres mentionnés dans le ait en parfaite concordance avec le certificat de dépôt de la

royons devoir rendre attentifs les médecins qui contribuent à et qui par leurs libres cotisations lui permettent de se montrer au fait que les charges de cette institution sont en augmentation

proposons l'approbation du compte de 1904 et les meilleurs nents au caissier, M. le Dr Paul Von der Mühl.

nos respectueuses salutations.

Prof. Fr. BURCKHARDT, Rud. ISRLIN,
Dr A. HOFFMANN-PARAVICINI.

SECOURS DES MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en Janvier 1905.

— Par le Dr H. Bircher, fr. 20, (20).

le. — Drs A. Hägler, fr. 20 ; P. V. fr. 30 ; G. Widmer, 20, (70).

Dr W. Kürsteiner, fr. 10 ; G. Jonquière, fr. 20 ; W. de Speyr,

, 20 ; V. Surbeck, fr. 10 ; A. Wytenbach, fr. 20 ; E. Lanz, fr. 10 ;

bs, fr. 10 ; F. Steffen, fr. 10 ; P. Schüppbach, fr. 20 ; R. de Wyss,

Ris, fr. 20 ; F. Schwarzenbach, fr. 10, (170).

— Drs A. Walder, fr. 10 ; J. Kuhn, fr. 50 ; F. A. Good, fr. 20, (80).

Dr V. Gilbert, fr. 10 ; H. Lombard, fr. 20 ; Société médicale de

, par Dr H. Maillart, fr. 50, (80).

— Drs Markoff, fr. 15 ; E. Köhl, fr. 10 ; F. Buol, fr. 10 ; Nienhaus, (45).

l. — Drs R. Ronca, fr. 10 ; O. Meyer, fr. 10, (20).

se. — Dr G. Stuerlin, fr. 5, (5).

— Dr G. Fassbind, fr. 10, (10).

— Dr L. Greppin, fr. 20, (20).

— Dr F. Zbinden, fr. 10, (10).

ie. — Dr Christinger, fr. 5 ; Haflter, fr. 100 ; O. Vogler, fr. 10.

Dr M. Dufour, prof. fr. 100, (100).

Dr Hürlimann, fr. 20, (20).

— Dr R. G., fr. 5 ; J. Michalsky, fr. 20 ; M. Cloëtta, fr. 10 ;

tz, fr. 10 ; Th. Egli-Sinclair, fr. 20 ; Häberlin, fr. 30 ; C. Rahn,

E. Ritzmann, fr. 20 ; J. Seitz, fr. 20 ; O. Wyss, prof. fr. 20, (165).

rs. — Dr O. Lanz, prof. Amsterdam, fr. 52. 20 ; E. Hess, Bey, fr. 25, (77. 20).

le fr. 1007.20.

.^{re} Février 1905.

Le Caissier : Dr P. VON DER MÜHL
Aeschengraben, 20

neve. — Société générale d'imprimerie, Péliasserie, 18.

REVUE MÉDICALE

DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse après le redressement brusque des contractures articulaires

par le Dr J. BORLE, La Chaux-de-Fonds.

(Suite et fin.)¹

Il résulte de notre statistique, que nous n'avons pu trouver jusqu'ici dans la littérature médicale que onze observations d'embolie graisseuse consécutive au redressement brusque d'articulations ankylosées. Ce chiffre paraît petit, vu le grand nombre de redressements pratiqués dans tous les services de chirurgie. Nous ferons remarquer cependant que, non seulement le nombre de cas observés et diagnostiqués est toujours supérieur au nombre de cas publiés, mais que, selon toute probabilité, le diagnostic n'a été posé généralement que dans des cas graves, tandis que des embolies moins intenses auront échappé fréquemment à l'œil de l'observateur. Cette conclusion paraît se dégager d'ailleurs du fait que sur onze observations de notre statistique, une seule n'a pas eu d'issue mortelle.

Age. — Sur 11 cas d'embolie graisseuse, 8 ont été observés chez des personnes de 13 à 26 ans, un seul appartient à l'enfance (8 ans), un à l'âge mûr, et le dernier enfin, à la vieillesse (71 ans). Cette complication s'est donc produite le plus fréquemment dans l'adolescence, fait dont on ne saurait conclure à une prédisposition spéciale de cet âge. C'est chez les adolescents en effet que nous sommes obligés le plus souvent de recourir au redressement brusque, et où nous rencontrons par conséquent le plus grand nombre de complications de toute nature.

Sexe. — Il est assez curieux de noter que sur 11 patients, nous comptons 10 femmes, toutes mortes des suites de l'embolie, et un seul jeune homme qui eut la chance de s'en tirer

¹ Voir le numéro précédent.

compte. Ce fait est-il
 t-il plus disposé que
 suite d'inaction ? N
 nous prononcer à c
 s conclusions quelqu
l'affection ayant néce
 s notre statistique t
 la jambe, trois de
 rachitisme tardif, un
 de paralysie infan
 eux sans cause con
 onc à faire à des aff
 lites, affections qui
 phie de la substance
à maladie. — Elle v.
impotence. — Cette
 e la durée de la ma
 t particulièrement, c
 dont nous verrons
 t causée dans certai
 ou moins complète
 nt de l'articulation
 de fonctions d'une
 équilibres. Inutile de d
 s cas, les os sont j
 e primordiale de l'at
ns soumises au redr
 e notre statistique :
 eul, également trois
 deux pieds seuls,
 fois d'un pied et d'
 le la hanche des deu
 t une prédominance
 ied, mais également
 re 3 cas de redresser
 — Celles qui furen
 ramènent toutes au
 iste à vaincre la ré
 s. Nous verrons plus
 re se borne à la sin
 t jusqu'à quel point
 seuses non voulues.

**MARCHE CLINIQUE DE L'EMBOLE GRAISSEUSE CONSÉCUTIVE
AU REDRESSEMENT BRUSQUE.**

Il n'existe pas de tableau clinique applicable à tous les cas d'embolie graisseuse. Nous constatons au contraire une différence sensible suivant la localisation de l'embolie dans le poumon, le cœur ou le cerveau. En analysant les symptômes présentés dans les différentes observations, on pourrait distinguer par conséquent un type pulmonaire, un type cardiaque et un type cérébral. Ces différents types se combinent cependant en réalité, et nous ne connaissons pas de cas appartenant exclusivement à l'une de ces formes seules. Si nous voulons quand même faire cette classification, nous la ferons d'après la prépondérance des symptômes pulmonaires, cardiaques ou cérébraux.

Symptômes pulmonaires. — Le malade est atteint d'une dyspnée plus ou moins forte. La percussion ne révèle généralement pas de matité bien caractérisée, pas même dans le cas de Wahncau, où cependant les poumons ont été trouvés fortement hépatisés à l'autopsie. A l'auscultation, on perçoit soit des râles secs et humides (obs. I et IX), soit une respiration rude (obs. VII), soit enfin un affaiblissement du murmure vésiculaire (obs. II). Dans 4 cas (obs. I, VII, VIII et IX), l'opéré a expectoré des crachats sanguinolents.

Symptômes du côté du cœur. — C'est le cœur qui semble réagir le plus rapidement à l'irruption de substance graisseuse dans le torrent sanguin. C'est ainsi que nous avons trouvé dans la plupart des cas une accélération considérable du pouls, allant de 120 à 180 battements à la minute (obs. I, II, III, VII, IX, X, XI). Cette accélération nous paraît être un signe presque constant de la complication en question, et par conséquent d'une grande importance pour le diagnostic. Quant à la qualité du pouls, celui-ci présente généralement une tension très faible et est irrégulier. Ces troubles circulatoires sont accompagnés parfois d'une cyanose plus ou moins prononcée.

On pourrait être tenté d'attribuer ces symptômes cardiaques aux troubles circulatoires du poumon, ou à une influence nerveuse partant du cerveau et due à l'embolie graisseuse cérébrale. Cette interprétation pourrait engager à supprimer le type cardiaque de l'embolie graisseuse. Il paraît incontestable

en effet que l'obstruction
naires d'une part et les tu
bolie d'autre part, peuvent
la fréquence du pouls. Il c
que dans certains cas on
graisseuse étendue des cap

Ajoutons que, dans la j
seaux du cœur a été laiss
lité du cœur à l'égard de
d'ailleurs par tous les phy
rions donc souscrire à la m
en se fondant sur des exp
grenouilles, croit pouvoir
dans la circulation n'a auc

Symptômes cérébraux. -
que, comme symptômes p
cérébraux, des nausées et
troubles du sensorium, al
coma profond. Ce dernier
involontaire de l'urine et
Dans un seul cas (obs. XI)
tiformes.

En comparant la fréq
pulmonaires, cardiaques e
dominance des symptômes
céleration du pouls, tandis
que les symptômes pulmo
combiner d'une manière v

Urines. — Ajoutons en
fournir un élément import
éliminée par les reins, doit
le traumatisme. Il convien
tains auteurs, toute lésion
parition d'une certaine q
Dans le cas de notre prop
qu'en agitant les urines av
formait en une émulsion
crème épaisse et restant ur
vette.

Marche de la température
s'est trouvée être assez v

trouvé une élévation de la température, dans d'autres, celle-ci est restée normale, dans d'autres enfin, elle est tombée au-dessous de la normale. Dans six de nos onze cas, on a constaté de la fièvre (obs. I, II, III, IV, V et XI). Une seule fois (obs. VII) la température est restée normale, et une fois sub-normale (obs. IX). Dans un cas (obs. VIII), il n'en est pas fait mention, et dans deux (obs. VI et X), les malades sont mortes si peu de temps après la narcose qu'on n'a pu constater la marche de la température.

Nous n'entrerons pas ici dans tous les détails des discussions qui ont eu lieu au sujet de l'élévation de température après l'embolie graisseuse, et renvoyons à la thèse de Wahncau qui traite cette question en détail. Qu'il nous suffise de résumer les points principaux, en y ajoutant quelques impressions personnelles à ce sujet. Czerny, Halm, Scriba et Wiener ont constaté chez les animaux soumis à des injections intraveineuses d'huile stérilisée un abaissement constant de la température, abaissement proportionnel, d'après Scriba, à la quantité de graisse introduite dans le torrent sanguin. Cet abaissement thermique continuerait jusqu'au moment de la mort. Si ces observations faisaient loi, on serait obligé d'admettre une infection intense, toutes les fois qu'on constate une hyperthermie aussi peu prononcée qu'elle soit. Une élévation minime de la température correspondrait en effet, vu l'abaissement dû à l'embolie graisseuse, à une fièvre relativement élevée (Scriba).

Il nous paraît indiscutable que dans certains cas l'infection peut jouer un rôle. Citons l'observation de Smirnow, dans laquelle la température est montée à 42,5°, et où cette élévation s'est accentuée encore après la mort. Le traitement auquel la malade avait été soumise (réfection fréquente des appareils plâtrés, ouverture de la plaie pour déceler la formation de pus) nous paraît expliquer aisément la résorption intense trouvée à l'autopsie.

L'on sait en outre que dans les cas d'ostéomyélite aiguë, les agents infectieux peuvent rester très longtemps dans l'os à l'état latent, de telle sorte que l'on a constaté une recrudescence de l'infection après nombre d'années d'une guérison apparente. Des recrudescences de cette nature pourraient être occasionnées facilement par le traumatisme accompagnant le redressement brusque. Cette explication pourrait s'appliquer à notre observation personnelle, si le patient avait présenté dans la

Dans trois cas (obs. III, X et XI), les premiers symptômes apparurent immédiatement après la narcose, dans trois autres (obs. VII, VIII et IX), au bout de douze heures, et dans deux autres de un jour et demi à deux jours et demi après l'intervention, et dans un cas enfin (obs. IV) vingt jours après. Ajoutons cependant que dans ce dernier cas, les symptômes principaux et la mort paraissent avoir été causés non seulement par l'embolie graisseuse, mais par une hémorragie méningée consécutive. Nous sommes donc en droit d'abstraction de ce cas et d'établir comme règle qu'à partir du quatrième jour, le danger de l'embolie graisseuse peut être écarté.

PATHOGÉNÈSE DE L'EMBOLIE GRAISSEUSE CONSÉCUTIVE À L'ÉCRANEMENT BRUSQUE. CAUSES DE LA MORT

Temps écoulé entre l'opération et l'issue fatale. Causes directes de la mort. — Le cas de Lympius pourrait paraître douteux, étant donné le fait que l'issue fatale est survenue pendant la narcose. Nous croyons cependant ne pas nous en laisser influencer, en admettant que l'embolie graisseuse a été dans ce cas la cause primaire et principale de la mort, la masse d'embolie constatée lors de l'autopsie dans l'appareil vasculaire est très considérable. Dans la plupart des cas, l'issue fatale est survenue de trois heures à trois jours et demi après l'intervention. Les seules exceptions sont constituées par le cas de Smirnow et le second de Colley (obs. XI et IV). Quant au premier de Smirnow où la mort est survenue au bout de huit heures, le changement fréquent de l'appareil plâtré a pu déterminer chaque fois une nouvelle irruption de graisse dans le sang, aggravant chaque fois la situation de la malade. À la deuxième observation de Colley, nous avons déjà fait remarquer que dans ce cas la cause immédiate de la mort n'est point l'embolie graisseuse comme telle, mais une hémorragie méningée produite, d'après l'interprétation de l'autopsie, par l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux de la base.

Dans neuf sur onze observations, c'est donc bien à l'embolie graisseuse qu'il convient d'attribuer la cause de l'issue fatale. Nous en exceptons le cas de Kisch (obs. X), dans lequel la paralysie du cœur a pu être causée aussi bien par

aiguë qui résulta de l'opération .
Inutile de dire que cette anémie
de l'embolie graisseuse.

Nous en arrivons à la question
suite de l'embolie graisseuse. Sa
de cette question complexe, nous
opinions les plus courantes, pour
Payr qui mérite de nous arrêter :

« L'embolie graisseuse est-elle
tion des vaisseaux assez étendu
cours du sang ne puissent être vers
organes vitaux dont les capillaires
troubles nutritifs et fonctionnels
résulter » (Wahncau).

C'est ainsi que l'oblitération d'un
du cœur suffit pour amener une p

Dans l'embolie pulmonaire, l'ob
de vaisseaux diminue si considér
cœur que nous en voyons résulte
cet organe, paralysie qui, à son
monaire constaté à plusieurs re
VII et VIII).

Quant au cerveau, les embolies
des hémorragies qui ont pour re
susceptibles d'entraîner égaleme

Rôle de la diathèse thymique. —
travaux introduit dans la discussion
savoir : la *diathèse thymique*. Il y
observations personnelles, qu'un c
attribués jusqu'à présent à l'em
mis sur le compte de cet état co
disposerait éventuellement à l'en
menterait surtout les dangers.

Mais qu'entendons-nous par di
tique (*status thymicus, status lym*
« C'est un état constitutionnel con
plus sensible aux influences morb
prédisposerait tout spécialement
due » (Friedjung).

En voici les principaux caractères
qui les ait formulés :

Augmentation de volume d'un grand nombre de ganglions lymphatiques, des amygdales, des follicules de la base de la langue et des follicules clos de l'intestin, augmentation de volume de la rate et des corpuscules de Malpighi, persistance du thymus, à une époque où il devrait avoir disparu¹, hypoplasie de l'aorte ainsi que du système artériel en général, dilatation du cœur, c'est-à-dire augmentation de volume des cavités cardiaques avec amincissement de leurs parois ; le cœur est agrandi dans ses divers diamètres, élargi, flasque et jaunâtre. Le myocarde présente souvent des signes de dégénérescence.

Friedjung résume en outre comme suit les particularités cliniques de l'état lymphatique : « L'anamnèse ne renferme le plus souvent rien de positif qui permette de conclure à l'existence de cet état constitutionnel. On relate quelquefois des crises de dyspnée ou d'asthme thymique. La diathèse thymique n'a pas de symptomatologie clinique bien caractérisée. Mais ceux qui en sont affectés, le plus souvent de jeunes enfants, quelquefois des jeunes gens, meurent tout-à-coup sans cause apparente après un bain ou à la suite d'une narcose au chloroforme. Chez de tels individus, les maladies infectieuses (diphthérie par exemple) ou même des maladies chroniques se terminent le plus souvent par la mort. »

« La cause de la mort a été interprétée de différentes façons : on a pensé surtout à une compression de la trachée par le thymus qui augmenterait subitement de volume soit par la stase du sang dans l'organe, soit par la rétention de ses propres produits de sécrétion. »

Paltauf n'admet pas ce point de vue, parce qu'on n'a jamais pu trouver sur les organes environnants des traces de compression par la glande congestionnée. La cause de la mort serait d'après lui une anomalie constitutionnelle dont l'hyperplasie du thymus n'est qu'un des caractères. Cette anomalie provoquerait des troubles de nutrition de tout l'organisme. Le cœur d'un individu qui en est affecté est particulièrement sensible à des agents morbides (maladies infectieuses) ou médicamenteux

¹ Comme le thymus paraît vers la septième semaine, augmentant de volume jusqu'à la fin de la première année, puis s'atrophie peu à peu, vers la dixième ou douzième année, on le trouve habituellement remplacé par du tissu adipeux.

Nous ferons remarquer tout d'abo faites par Payr perdent de leur valeur lymphatique est rencontré assez fréqu son propre aveu. Il convient donc d' dence dans l'appréciation de ces faits que les caractères anatomiques invo l'état lymphatique présentent un ca dépendent par conséquent plus ou mo sonnelle de l'auteur. Cette prudence e que l'état lymphatique est devenu en tion à la mode de tous les cas de mort qués par des lésions anatomiques pa élément aggravant dans des cas où l'iss buée à des maladies infectieuses, la Qu'il nous suffise d'énumérer, en nous Friedjung, quelques accidents mis su tisme : la mort des nouveau-nés asphy de l'entérite, du typhus abdominal, diphtérie, la mort subite survenant s après une excitation physique ou dans glotte, après l'application d'un médica pendant le bain, la mort chloroform goitreux, la mort basedowienne. Inu cette longue série encore incomplète, ports avec l'état lymphatique ont été avec la minutie exigée par Paltauf lu cas intéressant d'établir sur un matér et recueilli dans différentes contrées, la phatique en général et indépendamme

Ceci dit, nous convenons que la col grasseuse et l'état lymphatique prés mérite d'être recherchée dans un nor grand, afin d'établir s'il s'agit d'un s'il existe, comme le veut Payr, un r entre cette diathèse et l'issue mortelle lui, que l'occasion n'en sera pas f grasseuses consécutives à des interve dents qui devraient être évités de j grasseuse consécutive aux traumatis une base suffisante pour la confir théorie de Payr.

que l'accident dont nous
dans les interventions chi-
lèvement brusque. Si la
s'agirait avant tout d'éta-
nent brusque, si le patient
ique. Or cela est souvent
s connaissances, de l'aveu
nter nos efforts prophylac-
orant si le patient sera en
embolie graisseuse, nous
uction, et c'est ici précisé-
rait offrir un certain dan-
relativement insignifiant »
'embolie graisseuse et il en
dérée comme conséquence
normal étant capable de
gré moyen d'embolie grais-
le cette tolérance relative,
ômes cliniques de l'embolie
s. Or l'étude des observa-
l'on ne saurait considérer
étant insignifiantes ; nous
t beaucoup plus propres à
de la plupart des fractures

ction de l'embolie graisseuse.
r les articulations soumises
ns avant tout qu'il s'agit
1 genou ou de l'articulation
semble, parfois même des
s deux côtés. Si nous vou-
nous constaterons que les
cas sur 23 articulations,
lations en moyenne. Cette
fier quelque peu le terme

articulations du genou et du
e importance. Nous savons,
ons les plus riches en subs-
sement peut amener dans
pture des adhérences, mais

un écrasement de l'os, con-
hanche et le coude, par exem-
ple, pour expliquer la prod-
uction de cette complication n'a jamais
le nombre considérable de
pieds bots.

Nous devons donc recourir
à-dire à une disposition pa-
certain cas, c'est-à-dire à
production de l'embolie grai-
porose a été mentionnée pa-
cution, et discutée plus en d-
voudrions aller plus loin en-
disposé à voir dans l'osté-
important, mais le facteur
danger de l'embolie graiss-
l'état lymphatique nous p-
secondaire.

Jetons d'abord un coup d-
Nous constatons tout d'ab-
exception s'étonnent de la f-
s'est fait dans chaque cas pa-
que les os présentaient une
l'application d'une force m-
vicieuse. Smirnow seul fait
tance considérable. L'étude
supposer que l'extrémité en-
d'appui. Ce qui paraît avoi-
c'est la multiplicité et la re-
cales qui finirent par amen-
lement.

L'autopsie a permis de
l'existence d'une atrophie os-
Dans le cas de Lympius, l'
dans notre observation pers-
d'autopsie. L'atrophie osse-
cette dernière, à l'aide de
pouvons dire par conséquen-
régulier dans les cas d'e-
L'étude de notre statistiq-

3
3
3
t
3
9
3
3
L
-
3
C
3
-
-
1
0
9
1
-
8
1
t
8
-
F
0
t
8
-
1
1
e
-
6
l
0
8

raréfaction de l'os, puis sur l'apparition rapide de cette atrophie à la suite d'une affection inflammatoire, par exemple. Cette théorie serait corroborée encore, d'après Kienböck, par le fait que sur l'animal le développement de ces troubles trophiques est retardé par la section de la racine sensible du nerf intéressé. Cette opinion n'est cependant pas partagée par tous les auteurs. C'est ainsi que Imbert et Gagnière ont fait remarquer, non sans raison, nous semble-t-il, qu'un acte réflexe persistant doit être la conséquence d'une excitation réflexe également persistante. Ils pensent en outre que, étant d'origine réflexe, cette atrophie devrait apparaître également, quelquefois au moins lorsque son intensité est suffisante, dans la région symétrique du squelette.

Ajoutons enfin que l'importance de l'inaction ne saurait être éliminée dans le cas même où l'on admettrait l'intervention d'un réflexe trophonévrotique. Qu'il nous suffise d'invoquer le raisonnement suivant : tout tissu ayant une tâche spécifique à remplir dans l'organisme est remplacé, dès qu'il cesse de fonctionner, par un tissu indifférent, le tissu adipeux. C'est ainsi que les fibres musculaires sont remplacées par des cellules graisseuses dès qu'elles sont privées pour un motif quelconque de leur activité. Il en est de même des cellules hépatiques dès qu'elles sont devenues impropres au fonctionnement normal à la suite d'un processus dégénératif. Il en est de même enfin de la substance osseuse qui est remplacée par des cellules adipeuses de la moelle dans la mesure où elle a cessé d'être indispensable au fonctionnement d'une extrémité.

Quant au mécanisme de ce remplacement, il peut être direct ou indirect, c'est-à-dire s'opérer par un processus purement local ou par un mécanisme de réflexe nerveux. Cette dernière hypothèse nous amènerait à la supposition d'un « service de contrôle » par voie centripète. Le degré de fonctionnement d'une extrémité commanderait l'intensité de la nutrition. Rien n'empêche de penser que ce processus régulateur de la nutrition fonctionne plus rapidement dans certains cas que dans d'autres et que l'inaction produise donc une atrophie plus prompte dans certaines affections que dans d'autres. Mais, quelle théorie que l'on admette, il n'est pas justifié d'opposer l'atrophie par inaction à l'atrophie réflexe, cette dernière étant également une atrophie par inaction et le réflexe ne jouant que le rôle d'intermédiaire dont se sert l'organisme pour s'adapter à des conditions nouvelles.

Quant à la forme anatomique de cette atrophie, nous constaté à l'examen histologique de pièces provenant d'os tuberculeux un amincissement considérable des trabécules de la spongieuse, ces dernières présentant une structure simplement lamellaire par suite de la disparition des canaux de Havers. Les espaces situés entre les trabécules deviennent toujours plus grands et se remplissent à mesure de matière adipeuse. La spongieuse de l'os atrophie ne diffère ainsi de la normale que par une structure plus lâche, dans laquelle la moelle adipeuse entre pour une proportion beaucoup plus grande que normalement. Les résultats de ces examens concordent donc parfaitement avec ceux décrits par W. Roux.

Quant au diagnostic de l'atrophie osseuse, nous sommes en droit d'en présumer l'existence toutes les fois que nous trouvons en présence d'une extrémité privée depuis un certain temps de tout fonctionnement. Nous sommes en mesure de la reconnaître en toute certitude à l'aide de l'examen radiographique. L'œil exercé la reconnaîtra par la simple comparaison de la transparence osseuse avec celle des tissus environnants. On ne négligera cependant jamais d'établir dans les mêmes conditions de temps de pose et de développement un cliché de la région symétrique du patient. Les clichés doivent être très vigoureux et en opposition très marquée et le matériel à radiographier doit être maintenu dans une parfaite immobilité afin d'obtenir des contours absolument nets.

Ceci dit, nous passerons à l'étude du *mécanisme de l'engraissement* survenant au cours du redressement brusque.

La résistance qui s'oppose au chirurgien est fournie par les parties molles, capsules articulaires, ligaments, adhérences d'une part et par les tissus osseux d'autre part. Ce que le chirurgien se propose, c'est de vaincre la première de ces résistances, celle des parties molles, en produisant la rupture de la capsule articulaire rétractée, des ligaments raccourcis et des adhérences établies entre les extrémités osseuses. Ce résultat s'obtient cependant que dans le cas où la résistance osseuse est supérieure à celle des parties molles. Cette condition n'est pas réalisée dans tous les cas, et elle l'est d'autant moins que nous avons à faire à une atrophie osseuse prononcée. Dans l'autre circonstance, c'est l'os qui cède. Nous obtenons une fracture simple dia ou métaphysaire, si le degré d'ostéoporose

pas considérable et si nous procédons trop brusquement en nous servant d'un bras de levier trop long. Cette fracture, qui ne diffère en rien des fractures accidentelles, constitue une entrave au traitement, mais ne saurait amener un danger sérieux d'embolie graisseuse.

Les choses se passent tout autrement, par contre, quand nous avons à faire à une ostéoporose plus prononcée. Quelle que soit la prudence dont nous fassions preuve, nous n'obtiendrons ni la rupture des adhérences, ni la fracture franche au niveau de la diaphyse, mais le tassement de la substance spongieuse épiphysaire. Ce tassement peut aboutir, si les manœuvres de redressement sont poussées trop loin, à un écrasement complet d'une partie de l'épiphyse, avec décollement épiphysaire. Nous citerons, comme preuve, l'une des observations de Payr où il s'est produit, lors du redressement des deux pieds, un décollement épiphysaire bilatéral à l'extrémité inférieur du tibia. Si le chirurgien s'arrête avant d'en arriver à cette conséquence extrême de l'acte opératoire, les dégâts osseux se bornent à l'écrasement d'une partie de la spongieuse, notamment du côté de la convexité, avec flexion ou infraction de ce même côté de la corticale amincie, avec ou sans rupture du périoste. Ce tassement de la spongieuse peut être observé directement si l'on produit au cours d'une opération sanglante une compression énergique d'un os spongieux. On constate alors de visu l'écoulement d'un liquide rougeâtre se composant de sang et de graisse. Ce liquide se déverse dans les veines déchirées au moment du traumatisme. La quantité de graisse introduite dans la circulation sanguine est proportionnelle au degré d'ostéoporose d'une part et au volume de la substance spongieuse comprimée d'autre part. Elle est proportionnelle également par conséquent au nombre d'articulations redressées simultanément.

Il résulte de ces faits que la quantité de graisse chassée dans le torrent sanguin est beaucoup plus considérable dans un tassement même peu étendu d'une épiphyse atteinte d'ostéoporose que dans n'importe quelle fracture franche d'une diaphyse, voire même d'une épiphyse non atteinte d'atrophie osseuse. Le redressement brusque, même exécuté dans des limites modérées et sans aucune violence extraordinaire, est donc loin d'être un « traumatisme insignifiant » et nous sommes convaincu qu'une

permettrait de déceler beaucoup post-opératoires les signes d'une cette embolie n'est heureusement n sait que l'organisme supporte troduction d'une certaine quantité sanguine.

irer de là un argument en faveur mettre qu'il faille pour amener la ale sous forme de l'état lymphati-justifiée si dans les cas à issue été réellement insignifiant. Il n'en nous avons démontré plus haut les cas terminés par la mort, du très riches en spongieuse et pres-multiples.

HYLAXIE.

clusions pratiques, c'est-à-dire à disposons pour éviter cet accident

atisme très prononcé nous rappel-ur Payr et nous engagera à user e attention principale devra cepen-jet soit lymphatique ou non, sur à redresser. Nous songerons à ose toutes les fois que l'anamnèse ne impotence partielle et nous ne l'état de l'os à l'aide d'un examen i nous constatons une ostéoporose .erons d'emblée au redressement aux différents procédés de redres-ssiront d'autant mieux que l'ostéo-sommes en présence d'un cas dou-cliniques plaident en faveur du sera permis de faire une tentative .lation. La main exercée du chirur-loisible d'insister davantage ou s'il manœuvres de redressement. La

sensation fournie par la résistance de ture de ces derniers est en effet très éprouve en produisant l'inflexion et l d'ostéoporose. On ressent dans le p tance intense qui cède avec des craq plus prononcés que les adhérences e sants. Si c'est l'os par contre qui céd par une résistance pour ainsi dire él nir une certaine correction de la posi aît constaté le craquement typique de La compression de la substance sponq corticale au niveau de la convexité craquement brusque et sans secouss près ce qui se passe dans l'articulati tera que la correction de l'ankylose n de l'articulation même, mais dans l'ép déjà par Payr. On arrêtera donc toi ment dès que l'on ressentira cette r avertisseur du danger. Plus ces règle on risquera de produire d'embolies g que soit d'ailleurs le rôle du lymphat accident redoutable.

Mortalité infantile à I dans le Canton de

Par le Dr J. Mou

Une des questions les plus import que est celle des conditions de vie dar

La *Société vaudoise de médecine* s'e reprises et a publié en 1883 et 1894 d sur les soins à donner aux petits en ceux de l'autorité sanitaire, n'ont pas m'encourage aujourd'hui à présenter talité infantile à Lausanne et dans permet de juger des progrès de la p

liorations à réaliser pour prévenir la décadence.

seré dans le Cadastre sanitaire représenté par des graphiques de mortalité infantile de 1877 à 1893, années.

ette étude en me servant des données de 1901 et 1903 par le Bureau de statistique sur les « Décès en Suisse, de causes » sur « les Causes des décès, de chiffres des décès infantiles du

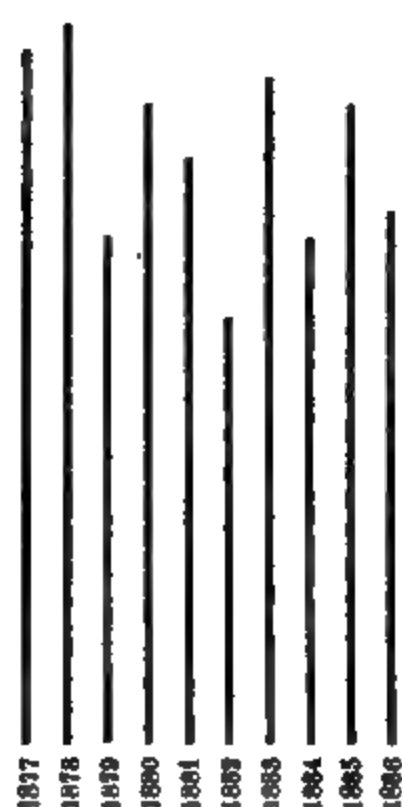
premier lieu la situation actuelle, chercherai les mesures à prendre pour être convaincu qu'une intervention efficace diminuerait fortement le taux de la vie.

Mortalité infantile.

l'histoire infantile serait incomplète si elle ne faisait mention de la statistique des naissances. Aussi j'ai étudié les décès infantiles dans les diverses publications du Bureau de statistique suisse « Mouvements de la population suisse » et dans les rapports communiqués M. Berthold, pour la période de 1891

suivi la marche décroissante de la civilisation. Le doyen Muret a constaté que les baptêmes allaient en décroissance et que la décroissance a continué avec une rapidité accrue. La fécondité par Malthus est largement dépassée, malgré cette stérilité croissante, le canton est, relativement, assez fertile. Elle est tombée au dessous de 26,3

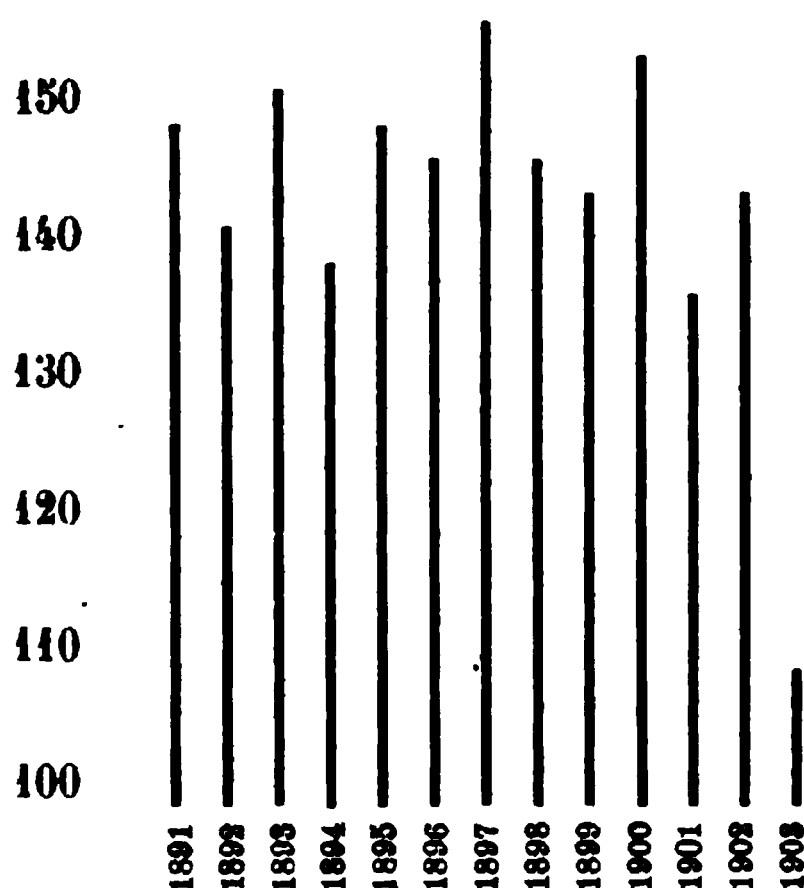
*Mortalité infantile relative
dans le canton*



Mortalité dans

Morts-nés	Natalité infantile	Décès dans le 1 ^{er} mois		
		M.	F.	T.
730	26.7	227	155	382
834	26.9	195	135	330
701	26.3	230	178	408
772	26.3	206	153	359
842	26.3	221	165	386
102	27.2	201	168	369
248	27.8	180	167	347
448	28.1	188	181	369
527	27.3	207	164	371
461	26.6	229	150	379
608	—	207	144	351
649	30.1	202	157	359
445	26.0	209	149	358

*Mortalité des enfants de 0 à 1 an relative à mille naissances
dans la ville de Lausanne 1891 à 1903.*



*Mortalité dans la première année de la vie dans la
ville de Lausanne 1891-1903.*

ANNÉES	Nombre absolu des Naissances sans mort-nés	Nombre absolu des Décès de tout âge	Décès dans la 1 ^{re} année	% de décès infantiles sur l'ensem- ble des décès	Sur mille naissances, enfants d'un an décédés
1891	837	662	126	18.8	150
1892	870	560	123	22.0	141
1893	865	789	131	16.6	151
1894	930	682	131	19.2	140
1895	955	710	145	20.0	150
1896	1022	665	152	22.8	148
1897	1098	671	171	25.4	155
1898	1182	690	176	25.5	148
1899	1164	749	172	23.0	147
1900	1172	751	180	23.9	153
1901	1179	723	163	22.5	138
1902	1191	758	170	22.4	142
1903	1118	655	124	18.9	110

fantile a été, dans la période 1891-1900 de
lle enfants de 0 à 1 an, pour l'ensemble du
Elle a varié suivant les régions. Nous avons
ement dans le Cadastre sanitaire les diffé-
districts, suivant l'altitude, et suivant les
niques et démographiques. Alors que la
olle, Aigle, Orbe, le Pays d'En-haut et
mortalité infantile variant de 108 à 151 décès
nces, Lausanne, Oron, Moudon, Yverdon,
es et Payerne perdent de 170 à 206 enfants

, la Ville de Lausanne a eu une mortalité
r mille.

a mortalité infantile de Lausanne (148) avec
155) il semblerait à première vue que les
risés par le régime urbain. Avant de tirer
il faut considérer d'une part que la natalité
est inférieure à celle du canton (26,9), et,
in certain nombre d'enfants de la ville sont
gne où l'on enregistre leurs décès.

dans les différents quartiers de Lausanne.

quable rapport de M. A. Schnetzler (*Enquête*
ditions de logement à Lausanne, qui donne
cès d'enfants dans chaque quartier, on peut
ers les plus éprouvés par la mortalité infan-
e année sont ceux où la population ouvrière
et où les logements à loyer inférieur à fr. 400
onne. La mortalité est d'autant plus grande
par habitant est plus faible.

r où le cube d'air est de 66,2, il n'y a pas eu
alors que, pendant la même période, dans
e maisons à cube d'air de 26,1, la mortalité
10,8 par mille habitants. La mortalité infan-
t de 2,83 pour un cube d'air moyen de 43,9,
d'autres termes le chiffre énorme de 444 dé-
nts dans les quartiers meurtriers, au lieu de
enne.

entre le cube d'air et la mortalité ne se
les décès de 1 à 14 ans. Il est donc probable

enfants et la nature de leur
 nee que le logement lui-même.
 nents le rapport des décès des
 à 50 ‰. Dans les groupes à
 ‰ (Schnetzler). La mortalité
 la mortalité générale dans les
 as les quartiers pauvres
 pas les rues les plus anciennes
 tes, à maisons mal ensoleillées,
 s. Il y a, dans la banlieue, des
 ans lesquelles la mortalité est
 rement des chambres, de la
 de leurs habitants.

ile dans le Canton de Vaud.

ourait :
 ts sur mille habitants (Muret)

»	»
»	»
»	»
»	»
»	»
»	»
»	»

mortalité n'est pas encore en
 ience. Le tribut mortuaire ne
 pays scandinaves, qui est de

dans la mortalité générale.

	Sur l'ensemble des décès du Canton de Vaud
représentait le	18 ‰
»	21,2 ‰
»	21,5 ‰

rouve que les adultes bénéfi-
 e que les enfants ; la mortalité
 tombée à 17,2 ‰ en 1902.

pression
générale

ville c
»
»

ne do
16,1
é gén
lécès
tion.e
une d
ortalit
général
rait p
ons fr
comp
ges. C
lle, t
perd
. stat
ait ét
on fait
oyés e
'000".
dait e

talité

e Doy
lans l

resse
Santé
lantro

1^{er} mois

derniers mois.

Décès d'enfants de 0 à 1 an,

1^{er} mois de la vie.

1 ^{er} mois	»	»
2 ^{ème} mois	»	»
3 ^{ème} mois	»	»
4 ^{ème} mois	»	»
5 ^{ème} mois	»	»
6 ^{ème} mois	»	»
7 ^{ème} mois	»	»
8 ^{ème} mois	»	»
9 ^{ème} mois	»	»
10 ^{ème} mois	»	»
1 ^{er} an	»	»
2 ^{ème} an	»	»

0 décès de 0 à 1 an dans le
1^{er} lieu dans le 1^{er} mois de la

re de 2,094 (56,4 ‰)
1,616 (43,6 ‰).

meurent dans leur 1^{er} mois
ou le tiers des décès de la
proportion est la suivante :

Moudon	9,1
Nyon	4,9
Orbe	3,9
Oron	8,1
Payerne	8,1
Pays d'En Haut	5
Rolle	4,4
Vevey	6
Yverdon	7,7

C'est dans les premiers jours de la vie que les enfants sont le plus de danger. Il importe de s'occuper des « tout petits ». Il faut éviter le refroidissement.

Mortalité infantile suivant

De 1891 à 1900, sur 10,970 décès de enfants de Vaud :

6,057	concernent les garçons
4,913	» filles

soit 81 décès de filles pour 100 décès de garçons.

Le Doyen Muret faisait déjà remarquer qu'il naît plus de « mâles » que de « femelles » (il naît 96 filles pour 100 garçons), mais les filles sont plus nombreuses parce que le superflu de la première année de la vie. Désolé de ne pas pouvoir point sauver plusieurs petits enfants, il se demandait mieux la manière de les soigner et de les guérir des maladies ? Son vœu n'a été qu'en partie réalisé. On ne sait pas encore la cause réelle de la prédilection pour les garçons. Dire que « la constitution des garçons est plus robuste que celle des filles et offre moins de résistance à la maladie » n'est qu'un simple commentaire qui n'explique pas l'origine.

Mortalité infantile suivant les mois

Décès :

	Dans le canton de Vaud
Janvier	95
Février	106
Mars	114
Avril	101
Mai	94
Juin	90
Juillet	108
Août	123
Septembre	118
Octobre	90
Novembre	78
Décembre	83

La « Statistique suisse » (Décès, p. 40), fait remarquer que pour les enfants dans leur premier mois, c'est le mois de janvier qui est le plus à redouter puisqu'il donne une proportion de décès de 82,78 pour mille. Pour les enfants de 1 à 4 mois, c'est le gros de l'été, surtout le mois d'août.

Une fois le quatrième mois révolu, c'est le mois de mars qui fait le plus de victimes. Les maladies les plus à redouter sont les diarrhées en été et les affections des voies respiratoires en mars.

II

Causes de la mortalité infantile.

On peut distinguer ces causes en sociales et pathologiques.

Les premières sont d'ordre économique et moral. Les principales sont l'ignorance, la misère, le surmenage et l'illégitimité de la naissance.

La *mortalité des enfants naturels* est deux fois plus forte que celle des enfants dont les parents sont mariés.

Dans le canton de Vaud, il y a en moyenne, 5 naissances illégitimes sur 100 naissances ; à Lausanne il y en a 9 sur 100.

Le « Tableau des décès » (p. 166-167) indique la mortalité infantile dans le canton de Vaud. Sur 100 naissances, il y a :

	Décès d'enfants légitimes	Illégitimes
1876-1880	16,4	28,4
1881-1885	15,6	27,5
1896-1890	15,5	27,2

L'hygiène doit donc chercher à favoriser les mariages dont les bons effets se font sentir soit sur la santé, soit sur la longévité des conjoints. Elle doit s'intéresser à tout ce qui peut améliorer le sort des filles mères. Beaucoup d'œuvres sociales y concourent et la future loi fédérale protégera mieux les enfants naturels.

L'influence des *professions* se fait sentir sur la mortalité infantile. En Allemagne, cette mortalité s'accroît proportionnellement à l'augmentation du nombre de femmes qui gagnent leur vie industriellement¹.

En Suisse, la mortalité infantile sur mille enfants nés vivants est :

¹ *Revue d'Hygiène*, 1904, p. 989.

Dans les districts industrie

»	»	mixtes
»	»	agricoles

La loi fédérale du 23 mars 1877 sur le
ques, interdit le travail des femmes dan
et, dans les autres, empêche les femmes
de leurs couches. Le temps de repos ex
semaines, dont six au moins après l'acco
« suivant le *Bureau fédéral de statisti*
« endroits les conséquences les plus he
« contribué à l'abaissement du taux de
« surtout dans les cantons industriels.
« mortalité est tombée de 21,4 à 14,5 ».

Le Dr Jordy¹ constate que les enfants
se reposer avant les couches, naissent p
dont les mères ont peiné jusqu'à la dern

Pour M. Paul Strauss², deux causes
la mortalité des nourrissons : la pauvre
population.

C'est, en effet, la *misère* qui est la gr
Elle entraîne l'alimentation insuffisante
et le manque de soins. Les enfants des
dans de mauvaises conditions hygiénique
aux maladies que les enfants des classes
lité n'est pas simplement proportionnel
une progression fatale très rapide. On
déduire les conditions économiques des
quartiers d'une ville du taux de la létal

L'*ignorance* des soins à donner aux
prof. Pinard une des grandes causes d
en France. Il en est de même en All
Dunbar³, la mortalité des nourrissons d
cation irrationnelle des femmes (ignora
la mauvaise qualité du lait.

Chez nous, trop d'enfants sont victi
défaut de connaissances de leurs parents

¹ *La Suisse au XIX^e siècle*, p. 309.

² *Annales d'hygiène et de méd. lég.*, 1904, p

³ *Revue d'Hyg.*, nov. 1904.

puer.

sés en Suisse, de 1881 à
d'apprécier l'importance
bilité infantile. La cause
se médicalement que 74

t en moyenne: dans le
se 1653.

ton de Vaud	En Suisse
3,8	402,2
3,1	387,9
1,3	107,7
5,4	105,1
1	49,7
1,3	18,7
3	13,9
3,8	10,8
3,6	22,4
3,8	4,9

is infantiles vaudois avec
égard les chiffres établis
ix tirés du tableau K des
lés sur *mille décès* de 0 à

de Vaud	Franco
22	385
56	174
28	145
34	50
17	25
33	223

causes donne des indica-
entive.

t violente peut être acci-

nière année de la vie sont

z nous que dans l'ensemble de la Suisse. On r 10,000 enfants dans le canton de Vaud et Suisse. Le minimum est dans le canton de e maximum dans celui de Schaffhouse (8,6). souvent, de brûlures par des liquides bouil- orps enflammés, d'asphyxie ou de chutes. i vain les avertissements, on répand des bro- eaux contre le danger du pétrole, et les acci- it avec une désespérante régularité. Les cas enfants ont diminué depuis qu'on renonce à ide de mettre les petits bébés dans le lit de

), la Statistique suisse enregistre 24 infanti- on de Vaud.

le parquet vaudois signale 49 cas d'infanti- pouvons étudier ici les causes complexes de des crimes dont la collectivité est, en partie ants naturels sont les victimes les plus nom- ticide.

ssances, on compte : en Suisse 2,9 infanti- ton de Vaud 3,6 ; dans celui de Bâle-Ville 6,8 ; eve 13,3.

rieuses épidémiques. — De toutes les mala- s, c'est la *coqueluche* qui cause le plus de décès année de la vie. Sur 10,000 enfants de 0 à de cette affection dans le canton de Vaud. elle, la coqueluche sévit plus fortement sur les garçons. Elle tue plus d'enfants dans la ue dans l'ensemble des autres années ; sur eluche (de 1881 à 1890), 205 concernent des l'un an (57 %).

. très redoutable dans le premier âge. Sur : 0 à 1 an, 13 sont tués par elle. Sur les 315 e de 1881 à 1890, 86 (soit le 26 %) concernent eur première année.

tue plus de garçons que de filles, a causé de écès, dont 75 de 0 à 1 an (9,6 %), c'est-à-dire 000 enfants. La mortalité est surtout intense ril.

m du Départ. de l'Intérieur.

on 5 décès sur 10.000 enfants. Il
ipèles ombilicaux. On peut mainte-
tement aseptique.

terrible que sa réputation. Elle a
nfants.

e dans la première année de la vie.
e, n'influent sur la mortalité infan-

donc pas des maladies épidémiques,
ement. Il est donc indispensable
des foyers morbides pour les mettre

Ce n'est guère possible dans les
cas il faut envoyer les malades au

respiratoires. — De 1881 à 1890 il
ud 736 décès infantiles causés par
ar d'autres affections des voies res-
e une mortalité infantile par pneu-
enfants de 0 à 1 an et par autres

est dans le mois de mars et con-
ants de 7 mois à 1 an. Outre l'in-
un élément contagieux qui ne doit
sement de préserver du froid les
ul conseil à donner aux mères de

irprend au premier abord, c'est de
e existe chez les petits enfants dans
chez les adultes.

3 « Causes des décès » en donne la

ulose en Suisse sur 10,000 habitants.

oral	Tub. pulmonaire	Autres maladies tub.
	10,8	22,4
	5,8	12,7
	4,6	5,8
	18,8	4,4
.	31,7	3,5
	33,9	3,0

Tub. en général	Tub. pulmonaire	Autres maladies tub.
33,7	30,4	3,3
32,3	27,9	4,4
33,0	27,0	6,0
25,6	17,5	8,1
11,1	6,0	5,1

s, la mortalité tuberculeuse moyenne de 0 c'est-à-dire la même que pour les autres seule différence porte sur le siège des tubercules. c'est la tuberculose pulmonaire qui première année on compte 10,8 tuberculoses 22,4 tuberculose d'autres organes, dans la suite : méninges, cerveau, os, articulations, peau.

au cours de la vie, on compte 82 décès tuberculeux pour 100 décès tuberculeux de garçons. Rien de différence de réceptibilité entre les deux sexes, jusqu'à la 15^{me} année, la proportion est de 187 décès tuberculeux de filles pour 100 de garçons.

La tuberculose de l'enfant n'entraîne pas généralement une tuberculose localisée et crée des foyers de tuberculose sous l'influence des causes déprimantes : surmenage, l'alcoolisme.

Le médecin du Sanatorium de Leysin, écrit *Revue* (1904) que la plupart des tuberculeux ont été le germe de leur maladie dans leur enfance, ils ont été endormi de longues années dans un

état d'immunité. On étend que la tuberculose de tous les âges est une infection des nourrissons. Il croit avoir découvert le vaccin antituberculeux dans le lait de vache par des injections progressives de cultures de tuberculose. Les expériences ne sont pas assez nombreuses pour établir d'une manière certaine la valeur de ce vaccin.

Le Dr. Kohn, au Congrès de Dresde¹, a fait remarquer que la mortalité par tuberculose des adultes tombée

inue avec l'augmenta-

ic inscrit sur les déclai
eli conteste l'existence

Il est donc intéressant
s faites dans les Insti-
eignent d'une manière

ies de l'enfance, 1899 »,
ver que la tuberculose
l'espèce humaine puis-
le cas et que la maladie
miers mois de la vie.
ntestinale est rare et
e de Froebelius indique
1 % des autopsies d'en-
se, celle des ganglions
ins dans 26,9 %, celle
de ces autopsies.

médiastin plus souvent
du mésentère. Pour lui,
aussi fréquente chez les
élevés au lait de vache.
culose reconnaît que la
x enfants par les voies
primitive est rare (le
adis que l'infection des
. Chez les enfants les
s de l'intestin grêle et
les glandes les plus voi-
ques.

Berlin, sur 933 cas de
ul cas sans lésions pul-

la tuberculose, cite une
d qui accuse une pro-
tinale chez les enfants
lait de la mère comme

Il a déduit des autopsies faites à l'Institut enève, que la tuberculose intestinale primarium dans la période de la vie où la nutrition lactée. Sur 53 cadavres d'enfants de 0 à 7 mois, il n'a pas observé de tuberculose, 0 %; 7 mois, il a trouvé quatre fois des manifestations (12 %) et, sur 48 autopsies d'enfants de 7 à 12 mois, il a trouvé 12 fois des manifestations (25 %). Il a trouvé 12 fois des manifestations intestinales dans le 31 % de ces cas de

Stilling a eu l'obligeance, dont nous le remercions pour notre étude le dépouillement des statistiques qu'il a pratiquées de 1891 à 1904 dans le service de pathologie de l'Université de Lausanne. Sur 204 enfants de 0 à 1 an, 204 concernaient des filles, soit 70 filles pour 100 garçons. La tuberculose a été constatée dans 53 cas (15,2 %). Cette proportion donne les données statistiques-cliniques qui accusent la tuberculose sur 100 décès d'enfants de 0 à 1 an. Le nombre des décédés tuberculeux avait un âge qui n'avait que 5 jours, un autre 41 jours, un autre 101 jours.

Les enfants ont été atteints dans la proportion suivante :

	20 fois	Bronches et intestins	6 fois
n.	7	Méninges	2
	4	Rate et reins	3
iq.	3	Miliaire généralisée	8

La thèse inaugurale, inspirée par M. le Prof. Stilling, a décrit un cas de tuberculose congénitale, entré malade à la Maternité deux jours et mort à l'âge de trente jours. Sa mère avait eu auparavant d'une tuberculose très avancée. Ici la transmission du bacille tuberculeux à l'enfant. La bibliographie très complète des travaux de 1903 sur l'infection tuberculeuse intra-utérine termine sa thèse.

Il regrette de ne pouvoir traiter ici d'une ma-

thèse rom., 1904.

Sur les cas rares d'affections pulmonaires. Institut pathologique de Lausanne, 1904.

L'hérédité peut être conception de la mère) ou utérine (mère se taires d'origine paternelle où les portés qu'à la cellule germinative syphilis, l'alcoolisme et la tubercu

Le Prof. Fournier¹ établit que l'humanité, est une cause d'abata pour l'enfance, et cela, en donnant riours, décadents, dystrophies, dé mal formés, monstres) et déchus ciles, etc.)

Dans une étude sur l'influence la mortalité infantile, le Dr M. terre, dans les cas de mort par at nitale, on relève presque toujours soit l'alcoolisme, soit la syphilis.

La statistique suisse ne peut pgnements exacts ; elle le pourra tions médicales confidentielles sec tion de noms.

En nous servant des dossiers c que le nombre des maladies vé nous de celui des grandes villes.

Alcoolisme. — L'influence nociv et sur les enfants est incontestabl haut, le Dr Pinard écrit : « Nomb créées par des générateurs en pu que, aiguë ou chronique ».

On lit dans l'*Avis* distribué à c taux de Paris : « Les parents qu alcooliques ont le plus ordinairom conformés, idiots ou épileptiques vulsions, soit de tuberculose ».

Dans son intéressante conférenc le Prof. Combe fait observer que l' allaité par elle, reste petit, maling et qu'il finit par mourir de dépe. Il a vu des enfants devenir alc

¹ Pour nos fils, *Société française de*, 1902.

² *Brit. med. Journ.*, nov. 1904.

irsch mis dans leur « suçon » ou les faire dormir.

de l'un ou de ses deux parents, aut naître taré, débile, hydrocé- connu depuis les temps antiques. sage du vin les jours de mariage. que de l'eau pendant les jours ix. Suivant Soranus d'Ephèse¹, à Rome venait des habitudes s accouplements trop fréquents it que les Romaines ne savaient elles n'avaient pas pour eux la ues. La conférence donnée à Forel² renferme des faits nom- ère péremptoire l'hérédité alcoo- nèse.

le les éléments d'une statistique lisme. La moyenne annuelle de 1 à 1890 dans le canton de Vaud, . Elle devrait s'augmenter des des enfants des buveurs. Ceci nent des buveurs. L'alcoolisme -coup, suivant le Prof. Bunge, a toujours croissant — par suite . Le vin n'a cependant pas tari rguignonnées!

plus meurtrière des maladies du nit sous cette rubrique la plupart affections de l'appareil digestif : inflammations simples des mu- tériles infectieuses, le choléra

fait l'objet en 1902 et 1903, dans mUNICATIONS de nos collègues Roux³. Elles ne sont pas uni- ction. Elles peuvent avoir un agisse des coli-bacilles chromo- ge (diarrhée verte), des bacilles

c. 1900.

isme, 1902

02 et 1903.

pyocyaniques, des microbes protéolytiques encore d'autres microbes pathogènes à isoler les enfants atteints de diarrhée et dans les institutions qui réunissent un certain nombre de petits (crèche, garderies). La désinfection est souvent négligée.

Fréquence de la gastro-entérite. Le Dr (maladies du tube digestif la presque totalité des enfants au dessous de six mois.

La gastro-entérite a causé dans le canton de Lausanne les décès suivants :

Année	<i>Canton de Vaud</i>	
	Nombre absolu des décès par entérite	Nombre relatif à 100 décès d'enf.
1891	276	22,8
1892	305	30,0
1893	309	26,5
1894	262	25,4
1895	327	28,4
1896	221	20,7
1897	322	30,9
1898	381	34,0
1899	344	30,4
1900	304	27,6
1901	279	26,2
1902	329	29,6
1903	324	30,0

Malgré la décroissance de la mortalité et des décès par entérite va en augmentant plus triste qu'il s'agit d'une maladie évitable de ce fait 47 enfants sur mille, le canton de Vaud c'est dans la ville universitaire que les enfants ont les meilleures conditions de guérison dirigée par le Prof. Rossier, les traités dans le service des enfants du Prof. Combe et les fait bénéficier des progrès de la pédiatrie universitaire, le Prof. Demiéville ajoute judicieusement une distribution gratuite de lait stérilisé. Au Dispensaire de l'Hospice de

¹ *Rev. méd. de la Suisse rom.* 1890, p. 20.

ent aux enfants malades les
ers établissements les petits
nées par les diaconesses de
mbre des ressources de Lau-
i s'occupent spécialement de
s à leur disposition.

litions médicales qu'il faut
e des décès par entérite, à

ant qu'il meurt en moyenne
r mois, les décès se distri-

Juillet	148
Août	203
Septembre	167
Octobre	103
Novembre	68
Décembre	61

isent la multiplication des
ts, les mois *d'alarme* (selon
ils les mois de juillet, d'août
pas sevrer les enfants dans

vons fait ressortir dans le
s de montagne avaient moins
la plaine. Aussi est-ce une
l'envoyer les enfants passer
itude. J'ai souvent vu des
eureusement et en peu de
s enfants malades dans une

ns la majorité des cas l'en-
taises alimentation. Elle est
ont nourris au sein.

ou vaudoise sur les condi-
ants, nous citerons les docu-
ar la mortalité infantile par
e de Berne, de 1894 à 1898¹.

¹ Suisse, 1905, p. 599.

- A. Allaitement au sein seul
- B. Allaitement combiné avec artificielle (sein, décoction de riz, lait condensé)
- C. Alimentation artificielle exclusive (décoction de riz, avoine,
- D. Sans indication

Quoique restreinte, cette statistique est incontestable de l'allaitement au lait d'animaux.

En Allemagne, où près de la moitié des enfants sont nourris artificiellement, la mortalité est la même. Sur deux enfants de moins d'un an, un meurt dans l'année¹.

Le « Guide populaire d'hygiène de l'Empire allemand, attribue à la plupart des indispositions du premier âge des enfants nourris avec le lait artificiel, à la mortalité des enfants exclusivement nourris avec le lait artificiel, la conséquence d'un défaut de soins dans la préparation du lait.

Les troubles intestinaux peuvent provenir d'une mauvaise distribution des repas (réalité, la presque totalité des cas de troubles intestinaux proviennent de vaches malades, du lait additionné d'eau impure ou de germes morbides dans des biberons).

Au Congrès de Dresde, le Dr I. H. Schmidt a déclaré que le lait artificiel est la cause de 150.000 décès annuels en Allemagne.

Le lait absolument pur, recueilli de temps après la traite peut être sans intérêt de rappeler la discussion de la Société vaudoise de médecine et de chirurgie, en disant que dans les villes il y avait une mortalité élevée. Le lait, j'insistais sur la valeur du lait pur. On objectait alors que la stérilisation

¹ DUNBAR. *Revue d'Hyg.*, 1904, p. 9

² *Rev. d'Hyg.* 1904 p. 980.

³ *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890

te opinion. Dans son service
emploie que du lait simplement
nt de vaches que l'épreuve de
saines.

, attaqué ces derniers temps.
cuisson de rendre le lait im-
e Dr Behring ¹ qui professe que
les anti-corps du lait utiles à
on, et qui purifie le lait en y
formaline. Ce sont les Dr^{es} Ch.
le la stérilisation et même la
is sa constitution et qui expé-
, clinique de nouveau-nés, à
, froid et l'eau oxygénée. Ce
attribuent la maladie de Barlow
le Dr Netter ² qui, sans iucris-
use les laits modifiés dans le
on de celle du lait de femme,
produire des troubles consti-
alité, ces craintes sont exagé-
nimes en comparaison de la
tion. Le Dr Pinard a raison
, lait stérilisé a sauvé la vie à

Paris ³, dans ses Instructions
alimentation des enfants du
ang la pasteurisation, le chauf-
l'ébullition et la stérilisation

écrémage ne le prive pas seu-
ssentiels, la matière grasse,
e le plus assimilable, la léci-
e multiplient plus rapidement
ait complet, surtout s'il n'est

la gastro-entérite sans parler
t certain qu'il faut chercher à

protéger les enfants contre l'abandon de leur à celles-ci les moyens de les élever. Mais supprimer complètement ce triste métier de rendre moins dangereux.

Le bureau de renseignements pour nourri a deux buts, tous deux du ressort de la médecine. L'un est de procurer du bon lait aux enfants et de diminuer aussi la mortalité nutritionnelle. Le second est de préserver les nourrissons infectieux en ne les envoyant que dans des familles où les enfants sont garantis, par une déclaration négative, de toute affection contagieuse.

III

Moyens à employer pour diminuer la mortalité

Pour dissiper l'ignorance et pour faire disparaître les deux principaux facteurs des maladies d'enfance, répandre l'instruction, édicter des lois protégeant les conditions générales de la vie.

1° *Instruction*. — La Société vaudoise de puériculture a depuis 1885 des brochures populaires pour répandre les notions de puériculture. Le Congrès d'hygiène a préconisé ce mode d'éducation. A la conférence française l'Académie de médecine² a rédigé les brochures qui sont remises gratuitement aux familles. Fribourg, du Valais, de Genève et de Neuchâtel envoient gratuitement à chaque nouveau ménage un livret d'hygiène infantile.

L'instruction orale doit compléter ces écrits, aux sages-femmes, aux personnes qui s'occupent de l'enfance, et à l'école pour faire comprendre l'utilité des précautions hygiéniques.

Rôle des médecins. On accuse trop souvent de négliger l'hygiène de l'enfance. On oublie les conseils de Venet, de Levade, de De la Harpe, pour les malades et les morts. Aujourd'hui les médecins sont appelés

² Séance du 3 déc. 1903.

es jadis les matrones. Il leur est plus

ter un souvenir personnel : Au début j'étais fort désireux d'appliquer la s de mes amis Blache et Odier. Je ormidable. Peser un enfant c'était le llu du temps pour faire disparaître

On comprend aujourd'hui l'utilité armettent de juger scientifiquement l'enfant.

r sur l'importance du rôle éducateur e des conseils individuels, des caues cours. Partout où le corps médical te contre les maladies de l'enfance tion considérable de la santé et une infantile.

solide instruction donnée aux sages-er contre les préjugés trop nombreux rs connaissances scientifiques sont chaque année par les conférences des f. M. Dufour attribue à leur savoir s enfants devenus aveugles à la suite ur influence protectrice s'étendra à

très important que toute personne e ait des connaissances d'hygiène orance des mères. L'impulsion est i a su transformer la « Source » en niveau scientifique est très élevé.

nfance. Les personnes qui se dévouent les plus grands services à l'hygiène et par la surveillance bienveillante

es éducateurs précédents ne s'entend qu'il faut avoir recours pour popu-ers Congrès de pédiatrie ont réclamé ques sur l'alimentation et sur l'hy-les écoles de filles, primaires et

nie de médecine de Paris, le Dr Pilescendre de sa chaire d'obstétrique

de la Faculté de médecine pour enseigner, maitre, à des jeunes filles de 10 à 14 ans pour conserver et développer les tout p les meilleures conditions possibles. Jamais n'a eu dans sa longue carrière un au Le Directeur de l'Hygiène publique de Fra qui assistait à ces leçons, voit dans le grand obtenu un encouragement pour d'autres à Ce cours a été publié dans la collection de l morale et pratique dans les écoles de filles s culture du premier âge » (Lib. A. Colin, Pa désirable que ce volume soit adopté dans n le manuel le plus complet et le plus clair sujet.

L'hygiène est dans le programme de n enseignement est encore à l'état embryonna lui donner plus d'extension sans surcharger s'agit pas d'une science abstruse mais de Les institutrices seront heureuses de mettr d'hygiène qu'elles ont reçues du Prof. I trouveront dans leur famille l'occasion d recommandés. Cette instruction nouvelle e ment à diminuer le nombre des décès de la

2^e *Protection*. — La société a le droit de qui compromet la santé de la race. Déjà les les municipalités sont autorisées à s'oppo aliénés et des idiots. Ne pourrait-on pas all nos collègues français, le Dr Cazalis, a prop un examen médical avant le mariage dans l procréer que des enfants sains. Cette loi Il n'en- reste pas moins évident que les intervenir plus énergiquement pour empêch débiles, des épileptiques, des tuberculeux, des syphilitiques. Le secret médical disparai à remplir dans l'intérêt de la race.

La société ne protège encore pendant la gro que les employées de fabrique. Il est désira nances tutélaires de la loi du travail soient les mères

¹ *Santé publique*, 1904.

lable à la loi Roussel qui est la
 nts assistés on placés en nour-
 est réduite à se borner à des
 rections. Il y a là une lacune.
 npose l'instruction et la vacci-
 a le devoir d'exiger que l'éle-
 conditions qui ne les exposent
 tout où des services d'inspection
 organisés la mortalité infantile

e ne dépasse pas le 10 0/0. A
 s-inspecteurs sont chargés de
 œuvre et de donner verbalement
 au point de vue des mères et des
 ts sont surveillés. En France,
 Morel de Villiers, a fait dispa-
 était de 30 0/0 avant qu'il fût
 Ce beau résultat a été obtenu
 eintes, par les soins des sages-
 s prescriptions de puériculture
 bonnes nourrices. Il faut remar-
 érimertation d'hygiène sociale
 une dans laquelle il n'y a eu que

z nous un service de surveillance
 nt indemnisés comme pour la

otéger efficacement l'enfance en
 anente sur la production et sur
 ort constant entre la qualité du
 ès des petits enfants. Dans les
 ile d'avoir du lait intégral, du
 é transvasé dans des récipients
 ile est excessive.

ts pauvres, le Congrès d'hygiène
 res suivantes :

e lait que le lait entier, c'est-à-
 plète et fourni par des animaux

crème, centrifuges, pauvres, ne
 des boutiques spéciales.

3° Les antiseptiques conservateurs, quel qu'ils soient, sont interdits pour la conservation du lait.

L'utilité des inspections de lait est incontestable. La qualité du lait s'améliore dans les localités où le contrôle est exercé. Les autorités municipales ont le pouvoir et le devoir de procéder à des analyses dont les fraudeurs paieront les frais.

Le Laboratoire du Service sanitaire a fait 3321 analyses chimiques du lait; 223 fois sur 6.7 0/0 des analyses, le lait n'était pas normal. Sur 109 laits suspects, 51 ont été déclarés bons par les recherches bactériologiques.

La fourniture du lait par la communes' en ces circonstances. A Müncher-Gladbert en Allemagne la distribution du lait a lieu dans un établissement municipal. La municipalité vend du lait stérilisé, à un prix très bas, aux plus pauvres gens. Depuis que la vente de lait stérilisé a lieu, la mortalité infantile n'est plus de 100 enfants.

Le Dr Dunbar estime que la technique de
a fait de tels progrès qu'on devrait fourn
hygiénique sans le lui faire payer plus cher
commerce. Il est désirable de centraliser
par des coopératives de manière à rendre l
et plus efficace.

Enfin, comme mesure de prophylaxie, les communes doivent profiter des pouvoirs que leur confère la loi sur la police des habitations et des constructions pour améliorer le logement dans des milieux malsains, encore trop nombreux, privés d'air et de lumière.

3° *Assistance.* — La collectivité a tout intérêt à que d'enfants vigoureux. Elle doit donc accorder, comme aux femmes mariées, les secours nécessaires pendant la grossesse et pendant le nourrisage. (C'est) qu'évoluent les conceptions nouvelles d'assurances pour supprimer l'assistance charitable. Dans un rapport sur l'assistance dans le canton de Vaud j'ai vu la fusion de l'Etat et celles de la charité privée et leur union était féconde.

Les communes doivent assister leurs bourgeois mais les secours ne sont que temporaires.

¹ *Statistique du Canton de Vaud*, 1^{er} fascicule,

mmes en les recevant à la Maternité, pendant les premiers jours de leur grossesse, ou en tout cas, en cas de complication (hémorragie, albuminurie). Elles sont surveillées avec attention et peuvent recevoir à la rigueur des visites. La moyenne des accouchements est de 1200 par an. La durée moyenne du séjour des enfants est de 10 jours. En général, c'est le dixième jour qui est le plus fréquent.

Les enfants sont élevés par leur mère, que si ce sont des nourrices. Ils sont reçus avec les soins les plus minutieux. La durée minimale du séjour est de 10 jours, la durée maximale de 56 jours.

Le service est dirigé comme la clinique de la Maternité, par le Prof. Rossier (que nous remercions sur la marche de ses services), pendant une douzaine de jours dans les premiers jours de la vie des enfants que durant cette période. Le nombre des accouchées est de 1200 par année.

Le service cantonal en faveur de l'enfance a fait un grand progrès. Sur les 1200 enfants nés, quatre environ n'ont pas atteint l'âge de 10 jours, et en général laissés à leur mère, pendant 10 jours. Les pasteurs sont chargés de surveiller les enfants et les médecins sont appelés en consultation. Nos collègues ne réclament pas de subvention, il s'agit d'une excellente œuvre.

Les enfants bourgeois de la commune dans le canton de Vaud ont une assistance régulière. * Ils ont eu 1200 enfants trouvés. L'une datait de 1805 et la dernière de 1853.

Le service vaudois de secours mutuels, qui s'occupe des fausses-couches et des maladies et des mères malades, a été créé en 1853, à partir du vingtième jour qui suit l'accouchement. Nous ne pouvons pas que notre excellent

janv. 1889.

cession des droits de bourgeoisie.

collègue. le Dr Heer, qui s'occupe avec ténacité, ne parvienne à améliorer ces conditions.

L'assistance privée a créé de nombreuses crèches pour mères et des enfants. La *Société maternelle* fondée en 1830. fournit aux accouchées du linge et elle ne secourt que les femmes légitimement mariées. Lausanne depuis plus d'un an. Dans plusieurs des administrations de bienfaisance subventionnées par le canton, des femmes font des couches, et des sages-femmes confectionnent des vêtements pour les bébés.

Ce qui manque à Lausanne c'est un refuge pour les femmes enceintes sans ressources (et les Suissesses sont dans ces conditions) y trouver pendant leur grossesse l'abri, la nourriture et moral qui influent si favorablement sur l'enfant qui va naître. Tout en travaillant à leur procurer les forces nécessaires pour d'excellentes couches.

Dans les villes où la vie industrielle a progressé, les mères n'ont trop souvent pas le temps de s'occuper de leurs enfants. Pour que ceux-ci n'aient pas à souffrir de la misère, des femmes généreuses ont fondé des *crèches*. à Grandson, à Payerne, ces institutions ont rendu de bons services. Grâce à une surveillance médicale soignée, les maladies ne s'y propagent pas. A la crèche de Grandson, compte 12 corbeilles pour bébés et 20 lits pour les mères de cinq ans, le Dr Rogivue n'a vu depuis longtemps de rougeole pendant des épidémies qui régnaient ailleurs. La mesure prophylactique, du reste, n'arrête pas la maladie. L'emploi du lait stérilisé à la crèche lausannoise est très rare.

Le succès des *Gouttes de lait avec consultation* fondées en France, en Belgique et à Genève, a encouragé les bienfaitrices à fonder une institution semblable à Lausanne. Pour éviter les frais, les demoiselles du comité font elles-mêmes la cuisine, le nettoyage des bouteilles et la distribution des repas dans les 24 crèches. Le lait stérilisé dans de grands appareils Soxhlet.

¹ *Revue philanthropique*, 1904 p. 448.

quement. Il est vendu au prix
sans l'impossibilité de nourrir
l'enfant à la consultation heb-
domadaire et pesés tous les huit jours.
à l'enfant à domicile.
La prospérité et alimente une
série de la gastro-entérite la
conservation de ces vies sera
le des dames du comité, du
de nos collègues, M^{mes} Broye
sur les maladies d'enfants. Ni
mes éloges, mais je ne puis
publique envers leur œuvre
l'intérêt social se confond avec la

médical s'impose donc pour
en apportant l'appui de la
de protection de l'enfance.

—
pérer.

1^{er} Novembre 1904

JARD

de l'Université de Genève.

à pratiquer une opération
sur un malade des lésions corpo-
relles graves, douloureuses,
à vie, il croit agir en vertu
qui n'est pas contesté par ceux-
qui interviennent. Or ce droit,
résulte d'un article spécial
de la loi; dans la plupart des
pays; en Suisse, il n'est
pas consacré pour ainsi dire par la
loi sera donc discutable dans
certaines limites. En face de
le chirurgien le plus expé-
riencé si l'opération à laquelle il

songe pour le traitement curatif d'une infirmité ou d'une lésion toute conscience, quelles que soient la nécessité théorique de cette in-

Il suffit d'une courte réflexion droit d'opérer, étudiée non pas comme Thiersch¹ et Brouardel par des juristes, surtout par Opp toujours facile à résoudre et qu'il de la discuter devant les jeunes médecins de la médecine et de la chirurgie comment ils auront à diriger leur occasions où leur droit d'intervenir être mis en doute ; ils doivent apposeront engager leur responsabilité, sinon de se voir accusés exposés à de pénibles reproches et tel ou tel motif outrepassé leurs

Autrefois, lorsque les interventions coup moins fréquentes, la question théoriquement déjà la même importance est de grande. En effet, tant dans les hôpitaux, le chiffre des opérations depuis trente ou quarante ans. Chirurgie ont diminué les dangers proportion. Un chirurgien jeune ment se trouver tenté de pratiquer peut-être au point de vue strict du droit d'intervenir n'est pas inconciliable à dégager sa responsabilité si naient une tournure malheureuse

Lorsqu'on leur demande à quoi d'opérer un malade, beaucoup

¹ THIERSCH. Sind chirurgische Operationen körperliche Misshandlungen im strafrechtlichen Sinne? *Rechtsges. 1894*

² BROUARDEL. La responsabilité médicale. *Revue de médecine*, 1 déc. 1897.

³ L. OPPENHEIM. (Bâle) Das ärztliche Recht an Kranken und Gesunden, Basel, 1892

⁴ STOESS. Chirurgische Operationen. *Rechtsges.* 1897.

s justement qu'ils ont leur
fit de posséder la conviction
de leur client. Cependant,
tance de cette garantie, on
a peu trop vague ; la bonne
on ne peut s'en contenter,
al soit également développé
s moins forcé de reconnaître
res humains, les caractères
t dont on doit tenir compte.
timorés, tels autres au con-
gales d'ailleurs, l'espoir du
l'optimiste à prendre le bis-
se sentira plutôt porté à
e pouvant s'accommoder de
is peine l'utilité de préciser
i doivent le régir.

ion opératoire à un malade
ordial, celui de venir en aide
rs, de faire acte de bienveil-
de l'intention bienveillante.
ption. Il différencie du pre-
les à la main du chirurgien
veillant ou imprudent d'une
séquence d'un crime ou d'un
autre cas la lésion est peut-
ture la jambe incurvée d'un
er. il n'aura pas produit un
ant de celui qui aurait pu

on bienveillante s'adressant
peut se trouver dans le cas
homme parfaitement sain,
on n'a aucune utilité même
nconvénients. C'est lorsqu'il
es fragments de peau sur ce
rès la méthode célèbre de
blessé. Dans ce cas le don-
ue sorte l'associé du chirur-
lade et en raison de cette
utorisation dûment obtenue,

et l'innocuité de la prise de greffes chirurgien sera en droit de lui enlever les nécessaires.

Ainsi que nous venons de le dire la bienveillance est absolue et ne suppose rien qu'elle constitue la base du bienveillant ne suffit pas à elle seule en outre de la part de l'opérateur les suivantes :

1° L'indication opératoire doit être

2° Le consentement du malade doit être préalablement obtenu.

3° L'opérateur doit posséder les

Ces trois règles paraissent si naturelles qu'au premier abord on les considère comme superflues ; en les examinant de près leur application n'est pas toujours la même nombre de cas on se voit obligé qu'il faut étudier et préciser et qu'il faut l'on doit parler ici de règles et non d'absolus.

1° INDICATION OPÉRATOIRE. — Et qu'il appartient d'établir l'indication constater l'existence en examinant le cas à opérer peut lui avoir traitant avec l'indication toute position de pratiquer telle ou telle opération comme utile.

C'est ainsi que l'on nous adresse des cas d'affections de l'appareil digestif, soit internes et où le médecin a fait l'opération opératoire. Le chirurgien doit se poser la question de l'indication et en rejeter sur le médecin traitant dont il devient le porte-bistouri ? Personne ne veut au contraire qu'il s'assure lui-même l'indication opératoire par ses propres investigations ou bien dans le cas où celles-ci seraient insuffisantes au moyen d'une consultation avec le médecin le malade ne présente plus aucun exemple pour certains cas d'appendicite.

ant pas du simple énoncé du
ra communiquer par le méde-
amment détaillée des accès
u. Cette précaution n'est nul-
e qui prendrait la chose en
susceptibilité exagérée.

stablir lorsque l'intervention
vorables suffisantes quant au
on du résultat utile espéré. Ces
as si elles correspondent à la
onostic mauvais dans un bref
leurs, des infirmités intoléra-
es dangereuse et à résultat
e, il s'agit d'un état ne met-
sant ni douleurs, ni troubles
est indiquée que si les risques
nuls. C'est à cette condition
les chances favorables de suf-
pour but, par exemple, de
d'une partie visible du corps.
er doit être entendu dans le
ou préventif.

orisés à pratiquer une opéra-
ti de guérir, d'améliorer, de
athologique ou anormal quand
de expresse et bien que cette
oral.

être tolérer dans quelques cas
it exécutée sur l'homme uni-
e important, mais cela à la
uisse résulter ni infirmité, ni
conques, que la personne soit
elle ait donné son consente-
aucune pression, en voulant

les opérations dites explora-
ni les interventions utiles au
en effet, elles doivent servir
à obtenir par d'autres moyens
employer. Il est presque superflu
poser à un danger dispropor-
se propose de favoriser.

La même remarque s'adresse au
procurer une immunisation préventive

Que dire enfin des opérations d'ess
jamais encore été faites sur le vivant
admissibles, lorsque le chirurgien s'e
de tous les renseignements scientifiq
leurs avantages probables, leurs inco
et qu'il les entreprend seulement a
qu'elles sont indiquées dans le sens ex

Quant aux opérations ayant un but
ralement prévues par le code pénal ;
sur ce chapitre.

2° CONSENTEMENT OU REFUS DU MA
rurgiens, profanes et médecins, tous
sur cette thèse qu'aucune opération
l'assentiment préalable du malade. E
de mettre cette règle en pratique, oi
situations singulièrement délicates.

Il est nécessaire avant tout que
donné d'une manière parfaitement
malade doit se trouver dans la pos
ment et en connaissance de cause le
véniements de l'opération qu'on lui prop
qui lui permettra de se rendre comp
détermination, c'est que le chirurgie
au courant du pour et du contre. On
représenter l'intervention proposée
danger, quand elle est au contraire
Lorsque l'opération offre des avantag
aux risques de toute nature à courir
quement très indiquée, un chirurgien
de peser sur la décision du malade, s
dépeignant l'intervention et ses consé
optimistes exagérées. Cette manière
quand même elle serait au fond dans
opérer. En cas de revers on s'expos
justifiés.

Ce devoir d'éclairer consciencieuse
l'attend, n'implique pas, d'ailleurs, l
ménagements. Il y a là une question
cœur saura toujours résoudre sans pe

ère de conseiller l'opération ;
rtants en exerçant une pression
ais cette pression morale sera
et devra être d'autant moins
lus considérable.

u'il puisse donner un consen-
de soit en possession de la luci-
nécessaires. Cette condition
cas suivants : Enfants nor-
âge du discernement. Malades
sentant des troubles passagers
ilires aigus, intoxications et
ubilation de l'intelligence).

éral indispensable que l'auto-
à la famille du malade, à son

l'une indication très urgente,
urir aux parents ou tuteurs,
entiment, la situation critique
re.

isi dire la qualité de tuteur
, a le droit incontestable d'agir
reille occurrence il est d'ailleurs
ossible, à une consultation avec
que l'opération n'a pas été faite

'une intervention insignifiante.
devoir ou l'utilité de prévenir
ercher à obtenir leur assen-
qu'à un certain point même
t une lucidité normale et un
orsqu'ils se trouvent dans la
.20 ans, où ils n'ont pas atteint
dont l'application n'est pas
ous les cas, s'explique par les
responsabilité et les devoirs
s ou tuteurs.

uelques années à un médecin
ès légère opération. une prise
une fille de 16 ans, consentante,

sans qu'il eût le soin de prévenir les cantonal soutenait la plainte. Les juges ce cas, la jeune fille avait donné son assentiment suffisant, acquittèrent cependant l'issue favorable de ce procès, on voit la on peut être exposé, quand l'opération la vie ou entraîne la possibilité d'une mort aussi dans un grand nombre d'autres cas divers, difficilement énumérables et de tact du chirurgien lui feront apprécier.

Quelle doit être la conduite à tenir lorsqu'on exprime son assentiment à une opération indispensable? En général on s'abstient de décliner toute responsabilité pour les suites de l'opération; mais il existe un grand nombre de règles si simple en apparence.

Elle n'est pas applicable pour les mineurs, l'âge du discernement, c'est-à-dire pour les délinquants, les aliénés, les idiots, les imbéciles, les fous, les personnes atteintes d'une grave du jugement. Le consentement du tuteur, suffira pour autoriser l'opérateur à employer avec ménagement les moyens de cure. Dans le cas, afin de pouvoir accomplir l'intention. Toutefois, même avec ce consentement on est très perplexe, si le malade se trouve sans discernement, par exemple à cause de son état de certaines variétés de faiblesse d'esprit, ou de certaines variétés de faiblesse d'esprit peu prononcées. Dans ces circonstances, bien que couvert par l'autorisation on essaiera d'abord la persuasion, on se fera l'avis d'un confrère, et seulement dans le cas où la persuasion échouera, on se décidera à intervenir sur le malade.

Quant aux adolescents, ayant atteint l'âge au point de vue légal, c'est-à-dire qui sont susceptibles en matière pénale, mais sont encore sous la tutelle de la famille, la question est plus claire. Il n'est guère admissible, dans une situation pressante, que l'on opère contre son gré, à 17, 18 ou 19 ans, bien que sa famille insiste pour qu'il ait lieu. Ici aussi, d'ailleurs, la persuasion et permettra presque toujours d'arriver

la situation créée par le
ntir à l'opération. Dans
gente, il faut alors atten-
à peu. Quand il s'agit
u d'un malade sans con-
lez lequel l'intervention
, puisse seule sauver la
igé de s'abstenir si les
sentations les plus éner-
'opération. Rejetant sur
t forcé d'abandonner le
ffet pourrait-on songer à
ns ces circonstances ?

du chirurgien sont plus
à l'abri de tout remords
nous laissions périr misé-
uer une opération d'ex-
absoudrais le chirurgien
près avoir constaté une
ante, c'est-à-dire un cas
ents ou tuteurs mérite-
outrepassent leurs droits
secours pouvant arracher
d'ailleurs, eût probable-
it été dans les conditions
i-même.

e voir ne soit pas tout à
ais elle répond certaine-
plus élémentaires.

i sous tutelle (adolescent
) certains troubles men-
ment en possession d'un
ents ou tuteurs ne pourra
du chirurgien, à condi-
n adhésion à la proposi-
t que, dans une situation
nts ou tuteurs ne suffit
hirurgicale, il faut aussi
récepte, c'est que l'opé-
u malade, quand même
ents ou tuteurs. Cepen-

dant dans ces circonstances aussi, on fe de l'urgence de l'indication ainsi que d gers à prévoir. Si l'opération peut être d'attendre pour arriver, si possible, à ses représentants,

Le chirurgien peut se trouver dans un en face du cas suivant : Un malade accepte de subir une opération tout à même urgente. Sur la table d'opération de terreur, il refuse de se laisser opérer partir. Faut-il dans ce cas s'en tenir user de coercition, anesthésier le malade protestations et pratiquer l'opération, du moment où le malade est sur la table sur le consentement qu'il a donné ? Ce p tifié, car nous n'avons aucun motif s malade le droit de changer d'avis au e le malade a déjà inhalé les vapeurs d même ce ne serait que quelques bouf de face. Il doit être considéré comme manque dès cet instant la lucidité d'espe ger valablement de décision. Malgré sa est en droit de continuer l'anesthési tion. Cependant, si l'opération en vue ment dangereuse, il ne serait peut-être de faire usage de ce droit strict et inco qui croirait alors devoir céder aux ob ne serait guère blâmable pourvu qu'il tion vitale pressante.

Il existe enfin des circonstances très gien opérera malgré l'opposition de son celui-ci n'est ni un aliéné, ni un enfau ment au point de vue légal. Nous avoi qui ont commis une tentative de suicid se soumettre aux interventions urgent de leurs blessures et parfois à les sauve qu'ils ont voulu chercher ; nous pouvo les théories précédentes faire le néces avons le droit et même le devoir de re volonté le malheureux qui cherche à s'

Et d'ailleurs n'avons nous pas de bo

dérer la tentative de suicide comme le témoignage d'une mentalité passagèrement troublée par le désespoir ? Souvent, comme nous l'avons vu nous-même, le blessé nous remerciera plus tard avec effusion de l'avoir opéré et sauvé sans tenir compte de ses protestations.

3° CAPACITÉ DE L'OPÉRATEUR. — L'opérateur doit posséder certaines capacités ou compétences nécessaires, sinon il faut lui dénier le droit d'opérer. Ces capacités sont de deux sortes ; nous avons à distinguer la capacité légale et la capacité réelle.

Nous passerons rapidement sur la question de la capacité légale, c'est-à-dire celle qui résulte de l'autorisation d'exercer l'art de guérir conférée par l'Etat à la suite d'examens. Observons seulement que le droit d'opérer peut exister par exception dans quelques circonstances, malgré l'absence de la capacité légale. On peut citer l'exemple du chirurgien étranger que sa notoriété aura fait appeler par le médecin traitant pour un cas difficile, celui des internes ou assistants des hôpitaux, non encore pourvus de diplômes et qui pratiquent certaines opérations dans le service de leur chef avec son autorisation et sous sa responsabilité, et surtout le cas d'urgence où un étudiant en médecine se verrait forcé de faire la ligature d'une artère, une trachéotomie, etc.

La capacité réelle est moins facile à définir. Elle n'existe pas chez celui qui n'est pas médecin ; elle peut être tout à fait insuffisante chez un médecin diplômé, par exemple lorsque la maladie ou des infirmités physiques le mettent hors d'état de mener à bonne fin une opération, d'ailleurs utile en principe.

Mais, en outre, la capacité réelle peut manquer quand le médecin ne possède pas la préparation indispensable pour s'attaquer à certaines opérations compliquées ou dangereuses, exigeant une habileté et une compétence particulières et s'il n'est pas pourvu d'une organisation assez complète, par exemple au point de vue de l'assistance, de l'instrumentation et des autres moyens techniques nécessaires. Si, dans ces conditions, il entreprend témérairement une de ces opérations de spécialiste, on ne pourra trouver sa conduite correcte, à moins cependant que sa hardiesse ne soit motivée par la présence d'un cas de force majeure.

Reconnaissons d'ailleurs que la question est ici des plus subtiles et mérite d'être examinée dans chaque cas particulier. On ne doit pas la trancher dans le sens d'une délimitation rigou-

reuse des différentes spécialités de la chirurgie ; on pourrait, il est vrai, être surpris de voir un ophtalmologiste, ayant depuis très longtemps totalement délaissé la chirurgie générale, entreprendre une gastrectomie, mais on ne saurait critiquer un laryngologiste éminent, capable de pratiquer une laryngectomie, s'il se décidait, dans un cas donné, à faire par exemple une extirpation de goitre ou une résection du maxillaire inférieur pour cancer. Dans les cas pouvant prêter à quelque incertitude de ce genre l'opérateur interrogera sa conscience ; elle lui dira qu'il ne suffit pas de vouloir, mais qu'il faut aussi pouvoir agir pour le mieux du malade qui lui a confié sa santé et sa vie.

Quand on s'occupe du droit d'opérer il n'est pas inutile de dire ce qu'il faut entendre par opération. Il est clair que beaucoup de petites interventions comme l'ouverture d'une ampoule de brûlure, l'extraction d'une épine superficiellement implantée dans la peau ne sont pas à ranger parmi les opérations sujettes à tant de réserves, bien qu'en réalité elles s'attaquent souvent à l'intégrité du corps humain. On ne peut guère tracer exactement les limites qui existent entre ces petits secours que chacun, sans diplôme, a parfaitement le droit de donner à son prochain et les opérations qui font l'objet de cette étude. Il suffit de qualifier celles-ci d'opérations chirurgicales, pour que l'on soit parfaitement compris. Nous laisserons également de côté la question de la circoncision rituelle. Mais il faut remarquer que certaines interventions non sanglantes, tout particulièrement l'anesthésie générale, doivent aussi être soumises aux règles que nous venons d'exposer à cause des inconvénients et des dangers qu'elles peuvent entraîner.

On pourrait même se demander si ces règles ne sont pas également applicables quand un médecin ordonne un traitement au moyen de médicaments ou de procédés dont l'action est encore peu connue et dangereuse. Mais nous abandonnons cette question aux réflexions de nos confrères de la médecine interne.

Pour finir nous devons faire remarquer que dans tout l'exposé qui précède, nous avons étudié la question du droit d'opérer particulièrement au point de vue de la chirurgie pratique ; nous n'avons pas voulu entrer dans les considérations spéciales qui appartiennent plutôt au domaine juridique et dont les finesses ne sont guère de notre ressort. Nous n'avons pas non plus la

nous contentant d'en avoir
nous espérons avoir pu faire
que l'opérateur ne peut s'ar-
ses clients, même lorsque
ses appréciations. Son droit
és et commentés plus haut,
sans encourir de sérieuses

ÉS

DE MÉDECINE

5 à l'Hôpital cantonal

DUFOUR, président.

ler, de Leysin, sont reçus mem-
de la mémoire du Dr *Menthon-*

complications oculaires grippales.

qualité suivant les épidémies de
équente; elle est heureusement
is de propreté. Les voies lacry-
intes qu'elles auront été le siège
onsiste en fumigations nasales et
énite a été observée. Dans 30 %
e (kératite ulcéreuse, ponctuée,
arquer que l'épidémie actuelle
ont l'opacification a été extraor-

Il présente plusieurs malades
vée est prise dans 8 % des cas;
l'une suppuration des veines de
s hémorragies de la rétine sont
que. Le nerf optique est assez
. La ténionite qui peut aboutir à
es muscles de l'œil enfin peuvent

lle, convalescente d'une *fièvre*
de l'œil. Il faut admettre dans

présente :

de *diplegie cérébrale*, relatif à une petite fille de trois ans d'origine héréditaire, née à terme. L'accouchement a été très dur et elle est née en asphyxie bleue et avait deux cercles de strangulation au cou. Peu après la naissance les parents ont remarqué qu'elle présentait de la raideur. On trouve à l'examen une raideur sans paralysie vraie, plus forte aux jambes qu'aux membres supérieurs. Réflexes exagérés. Pas d'atrophie, pas de troubles de sensibilité. Réflexes intacts. Examen électrique normal. Intelligence développée.

Enfant atteint de *maladie de Little*, c'est-à-dire d'un retard dans le développement des faisceaux pyramidaux dû à la naissance asphyxique. Dans la diplegie cérébrale il y a paralysie spastique vraie, ici raideur sans paralysie. Dans la diplegie la raideur est plus forte aux bras, ici aux jambes. Dans la diplegie s'accompagne d'idiotie, de convulsions, de grimaces, ici seulement de retard de l'intelligence. Enfin la diplegie de Little a une tendance à s'améliorer avec l'âge. Le traitement est l'emploi de l'électricité ascendante, des bains de sable, du massage dans la rééducation.

Enfant souffrant de *myxœdème*. Le traitement de cette affection donne de bons résultats qu'à la condition d'être commencé très tôt.

Enfin, nous présentons quelques considérations sur l'anémie de l'enfant. On reconnaît trois formes essentielles : l'anémie *leucémique*, l'anémie *hémolytique*, l'anémie *pernicieuse*. Mais l'anémie de la précoce est le plus souvent secondaire (entérite chronique.) Elle se traite par la moëlle osseuse fraîche ou par les divers extraits secs de viande. On peut recommander, car il donne de bons résultats, le traitement par la viande séchée.

Enfant présente :

Enfant atteint d'*épidermolyse bulleuse héréditaire*. On donne ce nom à une affection congénitale, souvent héréditaire, caractérisée par la formation de bulles, à contenu séreux, apparaissant sous l'influence de traumatismes variés. Les bulles, d'une durée éphémère, apparaissent de préférence sur les régions de la peau exposées à des frottements. Elles disparaissent spontanément sans laisser de cicatrices. Dans quelques cas on voit apparaître de petits kystes épidermiques, succédant ensuite aux bulles. Cette affection, qui a des points communs avec l'eczéma, n'en a pas la gravité et disparaît avec l'âge.

Enfant atteint de *périostite syphilitique* des doigts chez un enfant héréditaire.

Enfant.

Enfants *tabétiques* dont l'état s'est considérablement amélioré sous l'influence d'un traitement mercuriel intensif.

Enfant atteint de *keloïde*, l'une spontanée, l'autre secondaire, développée après des brûlures. M. Dind rappelle l'évolution bizarre de cette affection qui dit que cette affection guérit d'autant plus facilement qu'elle est plus jeune. Les deux malades seront traités par la radiothérapie.

ne X.
entre ac
us, véri
y der
74). M
cas, l
caractu

liorer j

itemen

hmore,
ns non
pprime
tandis
et le 1
il n'e
liqué c
pales

nom d'
èche fi
rès avo
ai fro
pidité
suppo
pace n

omble
par r
ncher
postér
'existe
us soi
mort n'
ble.
us réce
s-orbit
n outre
tale, s
physe
st une
ance d
dérable
4.

cas; enfin, contrairement à ce qu'espérait Killian, elle parvient encore moins que la méthode de Kuhnt à supprimer l'espace mort, malgré la pénétration de la graisse orbitaire dans la brèche opératoire à travers le plancher du sinus effondré.

Lorsque l'ethmoïde doit être cureté en même temps que la cavité frontale, M. Mermod préfère se frayer un large passage à partir de l'orbite à travers la lame papyracée, en renversant le globe oculaire en dehors, et en évitant de blesser la trochlée. Plusieurs malades présentés après avoir été opérés par cette méthode, entr'autres une fillette atteinte de sinusite fronto-ethmoïdale tuberculeuse, ne montrent pas la plus légère déformation du visage, et ont été rapidement guéris.

A part ces cas, M. Mermod est resté fidèle à la première méthode qu'il a employée depuis bien des années dans deux cent cinquante cas environ, sans autres complications que de rares récurrences qui ont cédé à une seconde intervention de même nature. Il a eu un seul cas malheureux, qu'il publiera *in extenso* : c'est celui d'une méningite consécutive à une intervention d'après la méthode de Killian !

2^o Continuant les recherches de son prédécesseur, le prof. Secretan, sur l'existence du *rhinosclérome* en Suisse, M. Mermod présente trois nouveaux cas, dont l'un montre un fort rétrécissement sous-glottique, avec atrophie ozéneuse de la muqueuse nasale. Comme l'avait déjà constaté Secretan, le rhinosclérome est une rareté en Suisse, sauf dans le canton du Valais, où il paraît augmenter de fréquence. M. Mermod se propose de faire dans ce canton une enquête personnelle, laquelle donnera certainement des résultats bien différents de ceux que pourraient fournir des demandes de renseignements adressées aux médecins du pays.

3^o Un peu partout, pendant ce dernier hiver, les cas d'*otite aiguë* ont été si nombreux et si graves, que M. Mermod en prend l'occasion pour exprimer son opinion personnelle sur la valeur du traitement de cette affection, opinion qui lui a du reste été demandée plus d'une fois ces derniers temps par les collègues forains. Les interventions ont été particulièrement fréquentes cet hiver, et il est rare qu'on n'ait pas rencontré des lésions extrêmement étendues, dépassant la région mastoïdienne. A part les cas où la virulence microbienne grippale, rubéolique ou scarlatineuse, entre en première ligne, et où les complications apparaissent dès le début de l'otite la mieux traitée, la grande majorité des abcès de l'oreille évoluent favorablement si la thérapeutique a été bien faite.

Au début, la perforation spontanée ou artificielle du tympan doit être évitée autant que possible, le mieux au moyen de grands cataplasmes recouvrant toute la tempe, et surtout de glycérine phéniquée tiède, au 5 à 10 %, instillée dans le conduit auditif plusieurs fois par jour. Ce précieux mélange agit moins comme antiseptique que comme résolutif de premier ordre, et souvent on aura le plaisir de voir un tympan rouge, voussuré, rentrer à l'état normal, en même temps que la surdité et les douleurs disparaissent. Eviter surtout les instillations de baume tran-

est encore trop en faveur chez plus
; elle n'est ni calmante, ni réso-
persistente, surtout la douleur, et
ouvrir le tympan ; il faut inciser
plus visible, sans chercher, comme
mèche de marteau disparu dans une
le du reste le traumatisme d'un
de la caisse, toujours assez résis-
la rétention du pus derrière une
ait pouvoir pratiquer cette petite
il suffit d'un bon éclairage, d'un
narcose est rarement nécessaire,
avec l'excellent liquide de Bonain
(les égales).

n ? C'est ici surtout que les opi-
voulant les injections aseptiques,
placer par le pansement sec. Ce
perforation même une mèche de
he de lampe le pus pour l'attirer
place la mèche à mesure qu'elle est
mode idéale, mais elle est souvent
et surtout quand le malade ne peut
qu'il n'est pas toujours si facile
de la mèche au bon endroit, pour
le lui soient pas familières. Aussi
être évitées, et constituent encore
n que le liquide d'injection soit
n arrive toujours à obtenir d'un
s si la perforation du tympan est
le le pus accumulé dans le conduit
, aussi est-il nécessaire de vider
e par quelques douches d'air faites
sensibilité du sujet, en alternant
va sans dire, que la douche d'air
ez, mais ce danger est bien moins
dans la caisse et ses annexes. On
technique que l'on appliquera après

douleur ayant disparu ou diminué,
d sec sous forme du tube de Lei-
sant pour éviter les complications
jours employer systématiquement
de cet hiver-ci.

Secrétaire : Dr Aug. LASSUEUR.

SOCIÉTÉ MÉDICALE

Séance du 23 février 1903, à 1

Présidence de M. L. GAUT

21 membres présents, 11 étrangers.

M. GIRAUD, présente le malade atteint de *pulsant* avec anasarque consécutive par coe présenté déjà dans la séance du 9 février d que et les autres symptômes s'étaient aggr drainer l'œdème des jambes. On profita d au bout de 24 heures pour pratiquer l'exti eut lieu le 11 février. Aujourd'hui, après d complètement guéri non seulement de sa pl tous les symptômes pathologiques antérieu jusqu'à la ceinture, a complètement dispar la bouffissure de la face il ne reste plus de gros comme une tête d'enfant est absoluemen Les varices thoraciques sont dégorgées, l'e accès de sommeil, la dyspnée par trachéost logue à celui d'Adams-Stokes, ont fait plac mal. A partir des trois premiers jours et p a atteint 5 à 6 litres par jour sans l'emploi tions non extirpées du goitre, le lobe gau médian ont notablement diminué de volume L'opération elle-même n'a pas présenté tout vait craindre. On a enlevé tout le lobe dr partie du lobe médian; la portion médi comme le poing, reliée par un isthme à la extraite lentement sans trop de peine par était très vasculaire. Malgré les ligatures p diennes supérieure et inférieure, un très gr surtout veineux, durent être liés.

M. Girard présente ensuite une femme laire supérieur droit partant de l'ethmoïde la résection du maxillaire supérieur, des o moitié droite et d'une portion de la moitié plus grande partie de la cloison nasale, vom euation totale de l'orbite droit; une grande ainsi mise à nu; on put conserver la muqueuse gingivale en continuité avec la dire sans ouverture de la cavité buccale l'opérée n'a presque pas de troubles de la p Cette opération fut exécutée non pas dans l

volume trop considérable et envahi
 la récurrence puisse être prédite avec
 à opérer à titre palliatif à cause des
 la tumeur. Actuellement la malade
 a considérablement soulagée sans lui

Girard sur le danger qu'il y a à admi-
 tres congestifs qui sous l'influence de
 le volume. On devrait même interdire
 produits iodés contre le goitre.

et d'hémianopsie gauche d'origine sous-
 istence de phosphènes dans les deux
 la lumière brute égale dans les deux
 rences d'éclairage de ces deux champs.
 en employés pour ces constatations.
 réserver jusqu'à ce qu'il ait pu étu-
 nombre de malades. Ce qu'il faut en
 produit dans le champ aveugle des
 lumineuses simples et la perception

d, présente deux malades :

épithéliale aiguë dont la cause sem-
 Rien dans les antécédents du malade
 rénale ancienne. Il semble que les
 sente aient été la surface d'absorption
 rite.

ante des tumeurs multiples sur le tho-
 inférieure du sternum est facilement
 froid ossifluent. L'autre siégeant dans
 pourrait être prise pour une mammité
 le, l'existence actuelle d'une pleurésie
 ce de la première tumeur ne permet-
 erculose.

les années à la Polyclinique dermatolo-
 ades atteints de gale avec de fortes
 entait de symptômes de néphrite.

voit cependant et le Dr Boyer, de
 « les albuminuries dans la gale. »
 forné de la composition des pomma-

ner la nature de ces pommades.

soupçonner, car il a vu des néphrites
 mades, entre autres de celles contre-

hrite après une gale avec lésions de

ge, chez un malade qui ne s'était servi d'aucun médicament. Il n'a dant pas pu établir que le malade n'avait aucune lésion rénale eue à sa gale.

ENNI présente le malade atteint de *tétanos* qu'il avait déjà montré à ciété le 26 janvier dernier. Ce malade est complètement guéri. ni croit pouvoir rapporter sa guérison au chloral.

MALLET montre la petite fille traitée par les *rayons Roentgen* pour *anglions tuberculeux du cou*, présentée le 12 janvier 1905. Les gan- ont déjà passablement diminué. Les rayons X ont produit une iritation de la peau.

BARD présente un malade qui depuis sept à huit mois souffrait ascite avec foie gros et abaissé. Envoyé en chirurgie avec le diag- de péritonite tuberculeuse, on lui fit une laparotomie avec lavage ritoine. On ne put alors conclure à la tuberculose. L'ascite reparut, une résection d'épiploon. Depuis lors l'ascite n'a pas récidivé, mais men reste volumineux.

GIRARD : L'opération s'imposait parce qu'on avait déjà fait plusieurs ions sans résultat. L'amélioration est certes due à l'opération de a, car la simple laparotomie n'avait pas suffi à supprimer l'ascite.

HUGUENIN . D'après l'examen d'un petit fragment de foie prélevé e l'opération, il me semble que la lésion hépatique est insuffisante provoquer l'ascite, mais que celle-ci est consécutive à la péritonite, hépatite interstitielle, au degré que j'ai constaté, se rencontre tou- sans ascite.

GIRARD démontre le goitre enlevé au malade cité plus haut. présente un *cancer du colon ascendant* presque annulaire, non sté- it, enlevé par résection de l'extrémité inférieure de l'iléon, du coe- et de tout le colon ascendant, avec anastomose latéro-latérale iléo- ne. L'opérée avait souffert depuis dix ans de colite muco-membra- et on l'avait traitée uniquement pour cette affection jusque dans rnièrs temps.

Le Secrétaire : Dr F. Guyot.

Séance du 1^{er} mars 1905.

Présidence de M. GAUTIER, président.

membres présents.

Colomb est reçu membre de la Société.

président remercie MM. Cordès et Haltenhoff des dons qu'ils vien- de faire à la bibliothèque.

ED. CLAPARÈDE présente quelques remarques sur le *mécanisme du r confiance en psychothérapie* :

aucoup de médecins, dit-il, considèrent encore la psychothérapie

e opinion est dans une certaine
l'effet impossible de nous repré-
senter psychiques les uns sur les
autres scientifique pour beaucoup de
à un schème représentatif dans
ergétique. C'est pour cette raison
à traduire les événements psycho-
ais la physiologie cérébrale est si
cho-physiologique ne peut le plus
alors prendre un chemin détourné
on biologique du phénomène en
prendre compte *grosso modo* de son

ortance qu'a, en thérapeutique, la
agit « comme une force réelle » a
à constater, dans des circonstances
orces, dynamogénise. La question
», et par quel moyen la confiance

elle ne tombe pas du ciel; il faut
où vient « l'énergie de confiance » ?
phénomènes permettra de le com-
ge que tout individu soit prêt à la
ir ses gardes, même inconsciem-
, c'est se contracter ou s'inhiber,
e tension continuelle emploie une
confiance, c'est ne plus se méfier,
c'est, par suite, *libérer l'énergie*
de défense. Cette énergie dispo-
ent être alors employée utilement
que du malade. La confiance agit
certains nerveux que, dans ces
érés et immobilisent une grande

à vérification de cette manière de
raisons biologiques, les réflexes de
(foule, imitation), ainsi que dans
loppés (enfants), on constate une
oyance exagérée, à l'illusion.

à psychothérapie. MM. Camus et
confiance, qu'ils considèrent très
andon ». Mais ils n'ont pas expli-
ndon, et les remarques qui précè-
l y a à envisager l'activité mentale

M. BOURCART estime que dans le phénomène de la confiance, il s'agit plutôt de la suppression des phénomènes paralysants que du développement réel d'une somme d'énergie active. La suppression de la peur mettrait en évidence des forces qui existaient auparavant, mais étaient masquées par elle.

M. BARD rappelle le cas du malade atteint d'hémianopsie posthémiplegique qu'il a présenté dans la séance précédente à l'Hôpital. A ce propos il demande si ses confrères connaissent des cas de ce genre, où les malades voient avec le champ hémianopsique, non pas la forme des objets, ce qui n'est pas douteux, mais la lumière elle-même.

Après avoir institué une série d'expériences dans un cabinet noir, M. Bard est arrivé à la conviction que son malade voit la lumière avec le champ hémianopsié, mais non pas les objets. M. Bard, à propos d'un travail de M. Dufour, de Lausanne, paru il y a déjà longtemps et dont il regarde les conclusions comme erronées en l'espèce, se demande s'il existe bien une différence entre le « nicht sehen » et le « dunkel sehen ».

M. CLAPARÈDE explique que cette différence existe bien réellement et il cite l'expérience de la tache de Mariotte dans laquelle c'est l'esprit qui complète ce que la papille ne peut pas voir.

M. LONG fait remarquer que les doubles hémianopsiques sont tout à fait aveugles, ce qui démontre bien qu'ils ne voient pas la lumière. D'ailleurs on a l'habitude très souvent de rechercher l'hémianopsie au moyen d'une bougie et les malades affirment bien ne rien voir.

M. CLAPARÈDE émet l'opinion que chez le malade de M. Bard il s'agit peut être d'un cas d'abolition de la perception des formes avec intégrité de la perception brute, comme cela existe si souvent pour le toucher (stéréognosie).

Le Vice-Secrétaire : Dr Charles JULLIARD.

BIBLIOGRAPHIE

N. GUERDJIKOFF. — Diagnostic du début du travail de l'accouchement; broch. in-8° de 63 p. avec 3 fig. *Thèse de Genève*, 1905.

Il est difficile de préciser quand commence le travail qui met fin à la grossesse; y a-t-il un signe certain qui permettra de distinguer le début véritable d'un accouchement d'une fausse alerte? M. Guerdjikoff estime que ce signe existe et a été indiqué déjà il y a environ trente ans par le Prof. Breisky; il le définit ainsi: « la femme est parturiente lorsque la poche des eaux ou à défaut d'elle, la partie qui se présente arrive à l'orifice externe », et ajoute-t-il dans ses conclusions: « la période de préparation décrite par les auteurs appartient exclusivement à la grossesse et

l'une fois commencé, l'acte
l'âge de la grossesse que
le ». M. Guerdjikoff après
noté que tous les auteurs,
Lausanne, ont méconnu le
ir de celui-ci, dix observa-
l est premier assistant et
de Breisky, lui a enseigné
il sera lu avec profit par
C. P.

crâne et encéphale, rachis
ins opératoire et de théra-
n de MM. Paul BANGEN et
avec 320 fig. Paris, 1905.

uteur, professeur agrégé et
affections du crâne et de
graphique cranio-encépha-
la surface exo-cranienne la
tra craniens que l'on peut
opératoire : craniectomie,
oxine, opérations portant
une série de chapitres,
la traitement des diverses
traumatiques des parties
traumatique, épanchements
ffections néoplasiques, mi-
ébrales spontanées, encé-
rachis et à la moelle, com-
rachi-médullaire, puis la
er sur le rachis : lamnecto-
enfin l'étude des différents
être appelé à intervenir :
reulenses et néoplasiques.
des nerfs, est établie sur
ites; sont d'abord étudiées
vention chirurgicale : com-
névrites, tumeurs, luxa-
rations susceptibles d'être
ngation, suture, etc., avec
écouvrir tous les nerfs que
partie se termine par deux
u et celle du sympathique,
es deux sujets.

Tel qu'il se présente, ce traité a été écrit d'après les idées que l'expérience personnelle de l'auteur lui a inspirées, ainsi que d'après les documents recueillis par les chirurgiens de tous pays, et qui ont été compulsés avec soin. C'est avec ces idées et ces documents que M. Marion a rédigé un livre pratique avant tout, dans lequel se trouvent exposées aussi clairement que possible, l'indication de ce qu'il faut faire dans chaque cas et la meilleure façon de le réaliser. Les dessins nombreux, originaux pour la plupart, exécutés sous la direction de l'auteur, complètent cet ouvrage, qui aidera à vulgariser une chirurgie dont les ressources ne sont pas encore suffisamment appréciées par tous les médecins.

POTOCKI et BRANCA. — L'œuf humain et les premiers stades de son développement, avec une préface du prof. PINARD. 1 vol. in-8 grand-jésus de 196 p. avec 100 fig. et 7 planches en couleurs. Paris 1905, G. Steinheil.

Ce livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. MM. Potocki et Branca, agrégés de la Faculté de Paris, y ont mis au point les questions principales qui, de près ou de loin, se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rattachent sont pour la plupart publiés dans des périodiques de science pure que les praticiens et les étudiants n'ont pas entre les mains. Aussi a-t-il semblé aux auteurs qu'il y avait là une lacune utile à combler. Leur intention a été d'écrire un livre sur le développement de l'œuf dans l'espèce humaine et non sur l'embryogénie en général; ce sont donc les divers stades du développement de l'œuf humain qu'ils ont exposés. Ils étudient tour à tour : les produits sexuels, leur origine et leur valeur morphologique ; l'appareil sexuel et la vie sexuelle, l'ovulation et le corps jaune, la menstruation, les organes génitaux pendant la grossesse, l'appareil génital et le post-partum ; les premiers développements de l'embryon, la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation des feuilletts embryonnaires ; les annexes embryonnaires : la vésicule ombilicale, l'amnios, l'allantoïde, le chorion, la fixation de l'œuf et la placentation, le cordon ombilical.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — Le Dr V. DUMUR. — Le 11 mars dernier est décédé à Chexbres, à l'âge de 81 ans et 2 mois, en pleine possession de ses facultés, le doyen des médecins vaudois, le Dr Victor Dumur. Une pneumonie a eu raison en trois jours de sa vigoureuse constitution, qui semblait braver les années.

Nous voulons en quelques lignes, sans prétentions comme lui, rappeler

vieillard modeste et bon, dont on
beaucoup de bien, et qui s'en est
eonnaissance de toute une popu-

es-Victor Dumur suivit le collège
se de Lausanne. Ses études classi-
erg, d'où il revint en 1847 muni
ne. Il prit part comme médecin-
e du Sonderbund, puis obtint le
n-chirurgical, le droit de pratiquer
alors à Chexbres, qu'il n'a plus
nfaisante jusqu'en 1890, année de
e qu'est la pratique médicale à la
lièrement accidentée, peuvent se
que représente cette carrière active

d'une probité parfaite, ennemi de
al ou le charlatanisme, il conquit
e nombreuse et étendue.

é, il collectionnait dans ses courses
les coléoptères et toutes les plantes
me sous d'autres, n'avait pour lui
. fit partie de la *Société vaudoise des
loise de médecine*, à laquelle il est
mbre ». D'un caractère peu expan-
unt surtout dans l'intimité familiale,
mbrenses années membre du Con-
aire et du Conseil de paroisse, où
bon sens, étaient très écoutés.

ourir, des deuils répétés et cruels
es plus chères affections : ce fut en
Marc, jeune étudiant plein de pro-
Paul, qui allait terminer ses études
sa digne et dévouée épouse. Il en

umatisme qui lui avaient rendu la
e surdité l'engagèrent à prendre un
is une retraite paisible et sereine, en
aissant ignorer l'agitation du monde
llectuelle ne lui permit pas de rester
plais, et compléta par des lectures
tendue. Bien que ne recevant plus
les progrès de son art étaient loin
nait au contraire, et s'en réjouissait.
les enseignements du passé, et faire

et ceux qui avaient le privilège de l'approcher de sa grande vie.

Et le Dr Domur; il a honoré sa profession et son nom doit rester dans le livre d'or des médecins vaudois. J.

REYMOND. — Le Dr Camille Raymond, dont nous annoncions les obsèques dans notre précédent numéro, était né à Sainte-Croix dans le canton de Vaud en 1857; son éducation littéraire s'était faite à Lausanne où il obtint deux diplômes de bachelier et fut lauréat d'un concours sur un sujet de morphologie végétale. Il commença ses études médicales à Bâle et les poursuivit à Zurich et à Genève; en 1882 il passait avec succès les examens fédéraux et il s'établissait pour quelques mois à Saint-Étienne. Au commencement de 1883 il entra comme interne à l'Hôpital de Lausanne où il fut l'élève des Drs Mercanton et Rogivue. En 1884 il s'installait à Aubonne où il fut nommé médecin de l'Infirmierie; après six ans, puis, s'étant décidé à se vouer plus spécialement à la pratique de la gymnastique suédoise, de l'orthopédie et du massage, il fit un voyage à l'étranger pour étudier les divers établissements spécialisés à ces spécialités; il visita l'Institut médico-mécanique de Francfort, la clinique orthopédique de Hoffa à Wurzburg, puis celle de Beely à Berlin; il se trouvait dans cette dernière ville en 1890 au moment de la tenue du Congrès médical international et il y remplit les fonctions de délégué français de la section d'orthopédie. Il passa en suite quelques semaines à l'Institut central de gymnastique de Stockholm et revint par là où il suivit l'enseignement de chirurgie orthopédique de Lorenz. En 1890, il ouvrit à Genève un institut affecté au massage et à la gymnastique suédoise et se faisait rapidement connaître et apprécier dans la ville comme un spécialiste habile. En 1898, avec l'aide d'une généreuse souscription, il y fondait un Institut médico-mécanique fort bien équipé d'après le système Zander et le dirigeait avec succès pendant plusieurs années. Sa santé l'obligea malheureusement à suspendre bientôt son activité; condamné au repos il fit un séjour à Sierre où il étudia l'influence du climat de cette station, il a publié sur ce sujet une intéressante notice. Son état s'étant amélioré, il revint à Genève et reprit quelques occupations, mais ce ne fut qu'un court répit et notre regretté collègue succombait le 18 mars dernier à une complication de l'affection pulmonaire dont il était atteint.

Dr Raymond était un homme d'une grande activité d'esprit, d'un caractère agréable et un excellent confrère. En 1885, alors qu'il était médecin à Aubonne, il entra à la Société vaudoise de médecine et lui fit une communication sur un cas d'infection puerpérale tardive, malheureusement restée inédite; depuis 1891 il était membre de l'Académie médicale de Genève à laquelle il fit souvent part de son expérience d'orthopédiste; en décembre 1903 en particulier il y démontra un procédé personnel de stéthométrie graphique permettant de

acique avec sa forme exacte et sa
nond était un adepte fervent de
le et s'intéressait à la numismati-
genevoise de la *Société suisse de*
arte suisse quelques courts articles
e favori sur le développement du
également souvent adressé à notre
à la liste de ses principales publi-

de la scoliose, *Rev. méd. de la*
chronique, ibid., 1892, p. 721. —
685 et 737. — *Gymnastique respi-*
1896, p. 254. — Institut médico-
et la mécano-thérapie de Zander,
résultats de la thérapeutique par les
canique de Genève, *Rev. méd. de la*
le Sierre, broch. in-8°, Genève 1903.

appris la triste nouvelle du décès
avril dernier.

er, dans le Jura bernois, en 1845.
châtel et se prépara à la carrière
puis à celles de Vienne, de Wurz-
Traube et de Frerichs. Il fut reçu
naugurale traite de la maladie de
il suivit en particulier l'enseigne-
à Genève dont il devait acquérir la
enait le premier médecin de l'éta-
il sur Arve qui venait de se fonder
de temps son activité pendant la
plusieurs années en hiver un éta-

and soin la spécialité qu'il avait
s les progrès que la science faisait
l'électrothérapie, du massage, etc.
age d'étude visitant les cliniques
veuses. « Il était particulièrement
nal de Genève (11 avril 1905) pour
nte les eaux et qui exige de la part
un aimable caractère, du tact et du
de ses malades auxquels il s'est
ompte de ses fatigues et de l'épui-
se soigner que lorsqu'il fut terrassé
n lit ».

à *Société médicale de Genève*, qu'il

a présidée en 1889 et à laquelle il a fait de nombreuses communications qui la plupart ont été publiées ; il a été aussi membre correspondant des Sociétés d'hydrologie, d'hygiène et d'électrothérapie de Paris. C'était un excellent confrère et tous ses collègues s'associeront avec nous au deuil de sa famille.

Glatz a beaucoup écrit ; la plupart de ses travaux se rapportent aux affections du système nerveux et digestif ainsi qu'à leur traitement par l'hydrothérapie et l'électricité ; plusieurs d'entre eux sont destinés à la fois aux malades et aux médecins ; c'est le cas en particulier de son dernier ouvrage, le plus considérable, intitulé : *Dyspepsies nerveuses et neurasthénie*, qu'il dédie à ses clients aussi bien qu'à ses collègues. Nous donnons ci-après une liste de ses publications que nous croyons à peu près complète ; nous avons déjà parlé de sa thèse inaugurale, imprimée à Paris, et ne faisons que mentionner quelques comptes rendus bibliographiques qu'il avait bien voulu rédiger pour notre *Revue*.

Résumé clinique sur le diagnostic et le traitement des différentes espèces de néphrite et de la dégénérescence amyloïde du foie. Broch. in-8°, Genève et Paris 1872. — Hydrothérapie ; les eaux d'Arve, leur action hygiénique et curative ; l'établissement hydrothérapique de Champel sur Arve ; broch. in-8°, Paris et Genève 1875 (même sujet en anglais, Genève 1875). — Lettre sur l'état nerveux et son traitement par l'hydrothérapie, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1877, p. 88. — Lettre sur les effets diaphorétiques et révulsifs de l'hydrothérapie, *ibid.*, p. 222. — Sur le traitement des névralgies sciatiques rebelles par les courants continus et l'hydrothérapie, *Bull. gén. de therap.*, 30 déc. 1877. — L'hydrothérapie tonique et révulsive, *C. R. du Congrès internat. des Sc. méd.*, Genève 1877, p. 524. — Des effets révulsifs de l'hydrothérapie et du traitement de la sciatique par les courants continus et la douche écossaise, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1878, p. 71. — De l'absorption cutanée, *ibid.*, 1879, p. 192. — Observation d'un cas de tic douloureux très amélioré par l'électrisation du grand sympathique, *ibid.*, p. 246. — L'hydrothérapie aux bains de Champel, 1^{re} et 2^{me} parties, deux broch. in-8°. Genève 1879 et 1882, Genève, H. Georg. — Considérations sur les effets physiologiques et thérapeutiques des bains de siège et du traitement hydrothérapique de la spermatorrhée, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1880, p. 16 et 62 (Idem, avec une annexe sur l'électrothérapie, broch. in-8°, Genève 1881). — Métrite chronique, infarctus utérin, engorgement hypertrophique de l'utérus : son traitement balnéaire, *ibid.*, p. 93. — Thermes et hydrothérapie, *ibid.*, p. 180. — Die Behandlung der Ischias mit der continuirlichen schottischen Douche, *Kisch's Jahrb. der Baln.*, 1881, p. 119. — Considérations sur l'irritation spinale, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1881, p. 88. — Du traitement de la névralgie sciatique, *ibid.*, 1882, p. 371 et 403. — Lettre rectificatrice au sujet de la douche écossaise, *ibid.*, p. 546. — Céphalalgies nerveuses, *Lyon méd.*, 16 avril 1882. — Sur le traitement du tabes dorsalis, *Bull. gén. de therap.*, 15 juin 1884. — Névroses et dilatation de l'estomac, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1884, p. 224 et 274. — Quelques cas d'épilepsie traités avec succès par l'hydrothérapie et les bromures à

2. — Du traitement des céphalalgies nerveuses. *gén. de thérap.*, 30 juil. 1886. — Etudes d'hydrothérapie, broch. in-8° 2^e édit., Paris et traitement des affections de l'estomac et de l'intestin, *Lyon méd.*, 1887, n° 37. — Lettre au sujet des acides de l'estomac, du Dr Bourrom., 1888, p. 195. — Des dyspepsies avec suc gastrique et plus particulièrement de la cholelithiase, in-8°, Genève 1889. — Rapport sur la *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890, p. 187. — Sur l'épilepsie jacksonnienne? *Lyon méd.*, même sujet, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, tonie et les névroses de l'estomac (neuras- in-8°. Public. du *Progr. méd.*, Paris 1891. — L'hygiène en médecine à propos de l'abbé Kneipp 1893, 2^e édit. 1894, Genève, H. Georg. — L'hygiène, un vol. in-8°, Genève Georg et C^e, 1898.

CHIRURGIE. — Le premier Congrès international de Chirurgie, Bruxelles, du 18 au 23 septembre 1905.

ASSISTANCE. — Le quatrième Congrès d'assistance publique se réunira à Milan, le 23 mai 1906. À l'ordre du jour en particulier les mesures d'assistance publique dans les différents pays contre la mortalité infantile. Pour les adhésions et renseignements s'adresser à M. DUNANT, ancien Conseiller d'État, l'un des fondateurs, rue de la Cluse, 10, Genève.

MÉDICALES. — Ce voyage aura lieu sous la direction de M. LANDOUZY, du 1^{er} au 14 septembre prochain. Les propositions du sud-ouest de la France de Luchon à Pau, par le Val d'Aud, paraîtront prochainement; s'adresser au Dr Landouzy, rue Lincoln, Paris.

WELCHIE ouvrira prochainement à Londres et curieux ayant trait à l'histoire de la médecine qui s'y rattachent; cette exposition sera internationale et professionnelle. M. Welchie vous les renseignements qu'on voudra bien lui adresser, aux anciens traitements, etc., sera bien lui confier. Les frais d'emballage et de transport sont en charge. Toute suggestion ou information s'adresser à M. H.-S. WELCHIE, Snow Hill, Londres.

LES SUISSES. — Dons reçus en Février 1905.
 Y. 20, (20+20=40).
 T. Tramér, fr. 20; L. W. prof. fr. 10, (50+10=60).
 Dublin, fr. 20, (20).
 L. 25; W. v. G. à M. fr. 20, (45+170=215).

St-Gall. — D^r Th. Wartmann, fr. 20 ; Gro
Lucerne. — D^r A. Vogel, fr. 20 ; Stocker,
Neuchâtel. — D^r E. Weber, fr. 10, (10+20
Zurich. — D^r Meier, fr. 10 ; A. Huber, fr.
 165=220).

Divers. — Zürcher, Nice fr. 20 ; en mémoi
 Soleure, de sa famille fr. 1000, (1020+7
 Ensemble fr. 1290. Dons précédents de 190.

De plus pour la fondation *Burchhard*
Berne. — D^r Dumont, prof., fr. 25, (25).

St-Gall. — D^r Th. Wartmann, fr. 10, (10).

Zurich. — Anonyme, fr. 20, (20).

Ensemble fr. 55.

Bâle le 1^{er} Mars 1905

Le .

Dons reçus en Mars 1905.

Argovie. — D^r C. Frey, fr. 20 ; A. Keller
 Weibel, fr. 20 ; Zimmermann, fr. 20 ; Ry
 130+40=170).

Appenzell. — D^r H Christ, fr. 10, (10).

Bâle-Campagne. — D^r Martin, sen., fr. 30 ; J

Bâle-Ville. — D^r A. C. fr. 30 ; H. fr. 10 ;
 K. H. fr. 20 ; M^{lle} E. Rhyner, fr. 10 ; Sie
 fr. 20, (180+120=300).

Berne. — D^r A. Mürset, fr. 10 ; A. von
 H. Rohr, fr. 20 ; W. Sahli, fr. 10 ; Stoos
 20 ; Ganguillet, fr. 10 ; H. Christen, fr.
 fr. 50, (180+215=395).

St-Gall. — D^r J. Ritter, fr. 5 ; Schärer, fr
 tanner, fr. 20 ; Anonyme, fr. 50 ; Stein
 M^{lle} S. Stier, fr. 10 ; Schiller, fr. 50, (195

Genève — D^r Weber, fr. 145,40 ; H. A. fr.
 80=330,40).

Grisons. — D^r L. Spengler, fr. 20 ; Tsch
 B. Semadeni, fr. 20 ; Turban, fr. 20 ; Pl
 Jecklin, fr. 10, (125+45=170).

Glaris. — D^r Fritzsche, fr. 20, (20).

Lucerne. — D^r H. Attenhofer, fr. 20 ; Nae
 fr. 10, (50+40=90)

Schwyz. — D^r Eberle, fr. 20, (20+10=30).

Soleure. — D^r Girard, fr. 10 ; A. Walker,

Thurgovie. — D^r J. G. & F., fr. 10 ; O. I
 C. Brunner, fr. 10, (80+115=195).

Vaud. — D^r F. Bally, fr. 30 ; A. Forel, fr.
 Cunier, fr. 10 ; Flaction, fr. 10, (105+10

Zoug — D^r Arnold, fr. 10, (10+20=30).

Zurich. — D^r Grendelmeyer fr. 20 ; Riedt
 Walter, fr. 10 ; F. Hess, fr. 10 ; Matter, f
 fr. 10 ; Société des médecins de Zurich, P
 fr. 100 ; Anonyme, fr. 50 ; R. Hegner, fr.
 berger, fr. 20 ; H. Ziegler, fr. 15 ; Bleuler
 M^{lle} M. Heim, fr. 20 ; Harzel-William, fr.
 Meyer-Wirz, fr. 20 ; H. Naef, fr. 10 ; W
 C. Sturzenegger, fr. 20 ; Z. fr. 10, (460+1

Ensemble fr. 1885,40 Dons précédents de 19

Bâle, le 1^{er} Avril 1905.

Le C

Genève. — Société générale d'imp

REVUE MÉDICALE

DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'amputation ostéoplastique de Gritti

Par Gustave TURINI.

(Clinique chirurgicale de Lausanne).

BIBLIOGRAPHIE

GRITTI. Dell' amputazione del femore al terza inferiore et della dizarticolazione del ginocchio. Valore relativo di ciascuna, coll'indicazione di un nuovo metodo denominato amputazione del femore ai condili con lembo patellare. Milano, *Ann. univ. di Medic.*, 1857, CLXI.

VON WAHL. Zur Casuistik der Gritti'schen Operation. *St-Petersb. med. Zeitsch.*, 1866, XI.

SALZMANN. Die Gritti'sche Operations-methode. *Arch. f. klin. Chir.*, 1880, XXV.

NOTTA. Amputation fémoro-rotulienne de Gritti. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1882, pp. 387-389.

RIED. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1886-1887, XXV.

VOIGT. *Wien. med. Presse*, 1888, XXIX.

WENZEL. *Berl. klin. Wochensch.*, 1888, n° 3.

GLOGAU. Zur Casuistik der Gritti'schen Amputation. *Berl. klin. Wochensch.*, 1888, XXV.

MONOD. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, juin 1888.

NOLTE. *Inaug. Dissert.*, Berlin 1890.

OLIVA. *Beitr. z. klin. Chir.*, Tubingue 1890, VI.

GRITTI. X^{me} Congrès international de méd., 1890, Berlin, III.

KOCK. *Berl. klin. Wochensch.*, 1891.

EHRLICH. *Inaug. Dissert.* Dorpat 1891.

SCHNEE. *Inaug. Dissert.*, Berlin 1892.

LE DENTU. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1894.

HERDA. *Inaug. Dissert.*, Greifswald. 1894.

FARABŒUF. Précis de manuel opératoire, 1895.

RIOBLANC. Des résultats de l'opération de Gritti. *Lyon méd.*, 1895. LXXVIII.

- BOHL. *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, 1896, XLII.
- DELBET. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1898, 1900 et 1903.
- KÖNIG. *Traité de pathologie chirurgicale*, traduit par Comte sur la 4^{me} édition.
- CHALOT. *Traité élémentaire de chirurgie*, 3^{me} édit., 1898.
- POIRIER, LEJARS, BERGER, ROUTIER, TUFFIER. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1900.
- SCZYPORSKI. *Gaz. des Hôpit.*, 1901, n° 4.
- CHABROL. *Thèse de Paris*, 1901.
- LASSALLAS. *Thèse de Paris*, 1901.
- LESER. *Specielle Chirurgie*, V^e Aufl., 1902.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1902.
- MERIEL. Amputation ostéoplastique de Gritti. *Arch. prov. de Chir.*, 1903.
- BUSSIÈRE. *Rev. de Chir.*, 1903.
- ROUX DE BRIGNOLES. *Arch. provinc. de chir.*, 1903 et lettre particulière.
- BALACESCU. Amputațiune osteo-plastică practicate la nivelul genunchiului, *Revista de Chirurgie*, Bukharest, déc. 1903.
- HILDERBRANDT. *Deut. Zeits. f. Chir.*, Avril 1904.
- PLUYETTE. Amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne. *Marseille méd.*, 1904, n° 12.
- SCZYPORSKI. *Société de Chirurgie de Paris*, 1904.

On admet volontiers en pays français que l'opération imaginée en 1857, à Milan, par Rocco Gritti s'est répandue rapidement et facilement en Allemagne, en Angleterre et en Russie. Il s'en faut de beaucoup pourtant qu'elle ait été généralement admise dans ces pays. La statistique de la clinique chirurgicale de Breslau compte, sur 107 amputations pratiquées de 1877 à 1884, 27 amputations de cuisse et pas un seul Gritti. A la clinique de Billroth, on a fait de 1877 à 1880, 23 amputations de cuisse et pas un seul Gritti. On ne trouve non plus aucun Gritti dans la statistique de Küster qui va de 1871 à 1885 et compte 57 amputations de cuisse et quelques désarticulations du genou. A la clinique de Halle, de 1874 à 1880, on a pratiqué 48 amputations de cuisse au tiers inférieur ou à la Carden, mais le Gritti est absent de la statistique. Gritti avait imaginé son opération sur le cadavre. Ce serait Neudörfer¹ qui l'aurait exécutée pour la première fois sur le vivant en 1859; il aurait obtenu un succès; puis Schuh, à Vienne en 1861, Sawotitsky, à Kiew, en 1862, et Gouley, Hewsen et Gross, aux Etats-Unis, aussi en 1862, pratiquent l'intervention proposée par Gritti avec des résultats encourageants.

¹ *Handbuch der Kriegschirurgie.*

ique, cette opération rencontre
saisants. La guerre de 1864,
fournit l'occasion de mettre
sine, Langenbeck, Luecke et
satisfait; Luecke, par exemple,

aucoup meilleurs durant les
e faut pas trop s'étonner de
à une époque très rapprochée
ation de Gritti. La statistique
que en effet une mortalité de
des cas de chirurgie de guerre
870, cas évidemment défavo-
es succès dans des conditions

III

tiseptique confirmée pour voir
ération s'acclimater, quoique
ait heureusement diminuer le
la conservation. Cependant,
on, des opérateurs de mérite
érie et se déclarent nettement
iti. C'est ainsi qu'en 1885 Uhl
s de 1875 à 1885, avec 14 gué-
représente le moignon comme
douloureux à la pression et une
es bords des lambeaux se sont
placement de la rotule. Sur les
statistique, il y en a une par
s et une par pneumonie, alors
; il reste donc six morts qu'on
e 26 %. Ried, de 1866 à 1884,
guérisons; les trois cas malheu-
s sont l'un de 1866 et les deux
cas sont postérieurs à 1874 et
s déjà loin des 72 % de mor-

s résultats obtenus par Tren-
ate 9 opérations, 9 guérisons
Albert, de 1876 à 1887, sur
, avec un moignon utile et de

orable, tandis que les deux cas de mort ne seraient
ables à l'opération.

ultats, absolument encourageants, sont ceux des
allemands. A cette époque la France n'a pas encore
ération de Gritti. Farabœuf l'avait jugée défavora-
ur un cas unique et malheureux: la rotule s'était
iquement à cheval sur le bord antérieur du fémur.

sécurité des méthodes opératoires d'alors laissait
'appliquer deux surfaces osseuses cruentées l'une
tre et permettait de douter d'une consolidation de
position favorable. Aussi ne trouve-t-on en 1890 que
tions de Gritti exécutées en France: celle de Notta
les deux de Monod 1888. Depuis lors de courageux
été tentés pour réhabiliter cette opération; Jaboulay,

Tuffier, Rioblanç, Poirier, Sczypiorsky, Lejars,
gelbach, Termet, Chalot, Roux de Brignoles, Bus-
t pris le parti dans maintes discussions et dans plu-
des scientifiques, mais l'accord est loin d'être fait, et
adversaires de Gritti, il faut citer en France Lucas-
nière, Kirmisson et Peyrot, tandis que naguère
nig, en Allemagne, taxait la modification du chi-
lien de complication inutile. Les résultats obtenus
dernières années sont cependant démonstratifs; et
raignons pas de taxer au minimum d'exagérée la
de Lucas-Championnière qui fait du Gritti une
opération. Il y a maintenant un nombre suffisant
ui ont été suivis assez longtemps, pour qu'on puisse
e idée du résultat éloigné de l'intervention. C'est
résultat qui importe, en matière de jugement; aussi
s indiquer encore le récent travail de Balacescu, de
qui a réuni autant que possible les indications les
tantes sur 3 cas de Gritti exécutés depuis 1880 en
conscientieux et très documenté. Nous n'avons pas
reste à profiter de ses laborieuses recherches pour
ableau qui fait suite à notre modeste exposé.

oursuivi par Gritti ressort de l'opération elle-même.

nombreux cas de nécrose du lambeau antérieur qui
t après la désarticulation du genou, des fréquentes
du moignon après la désarticulation ou l'amputa-
rs inférieur, et de la difficulté de la marche avec un

point d'appui est uniquement à l'opéré un moignon capable de servir de point d'appui au corps, un moignon peu volumineux, propre à jouir du maximum de stabilité. On a voulu supprimer la désarticulation du tiers inférieur pour les remplacer par un autre procédé, mais il lui répugnait l'opération qui était destinée à four- nir un point d'appui au tiers inférieur, ment lorsque, de l'interligne de l'amputa- tion, il existe encore des os sains, os et parties molles, la peau résistante, avec une cicatrice nette et facile à utiliser comme

en 1857 n'a pas sensiblement varié, celui qui a le plus préoc- cupé les chirurgiens, c'est la méthode de fixation de la rotule au tiers inférieur du fémur. Il est en effet de l'avis de Gritti soit atteint que la fixation doit se faire horizontalement au fémur. Or le point de fixation est le ligament à la rotule; c'est un point fixe, l'opération terminée, n'a plus rien à faire, n'a plus rien d'agir sur la rotule pour la maintenir en place, elle se prémunir contre son action.

On a varié, avec des résultats différents, la méthode de le voir.

On commence en taillant un grand lambeau de la rotule et ses ailerons. De la rotule on coupe les rapports des couches dont on a besoin, les artères vasculaires et tendineuses. On fait une incision est curviligne et antérieure, partant directement au-dessus de la rotule et aboutir à l'endroit correspondant au tiers inférieur du fémur; elle coupe la tubérosité antérieure et le ligament rotulien, sectionne le ligament rotulien, on relève le lambeau antérieur et on coupe les artères qui l'accompagnent, on coupe le ligament. On achève la désarticulation en coupant le lambeau postérieur et l'on

passé ensuite à l'avivement de la rotule. Avant de scier le fémur, on a soin de relever le périoste jusqu'au niveau où portera le trait de scie. La section doit se faire au-dessus du sillon intercondylien, elle doit être bien horizontale.

La surface fémorale ne doit pas fortement dépasser latéralement les bords de la rotule qu'on y appliquera ensuite, afin d'éviter des arêtes tranchantes ou des angles qui presseraient douloureusement contre les parties molles. Vient ensuite la mise en contact des deux surfaces osseuses cruentées, qu'on maintient étroitement appliquées par des sutures soit osseuses, soit périostiques, soit fibreuses ou par un enclouement. Enfin on n'a plus qu'à suturer les lambeaux en ménageant un drainage.

La mise en contact des surfaces osseuses est généralement facile; si le fémur est bien scié, la rotule vient s'abattre d'elle-même sur la surface fémorale. Mais ce qui est plus difficile, c'est de maintenir cet os dans une situation exacte et de s'opposer à l'action du triceps. Le nombre des procédés employés prouve bien que l'on a eu quelques déconvenues et quelques ennuis; toutefois il ne faut rien exagérer et la liste des insuccès dûs de nos jours au déplacement de la rotule n'est pas aussi nombreuse que les adversaires du Gritti veulent bien le faire pressentir.

D'abord, si nous jetons un coup d'œil sur les opérations pratiquées suivant cette méthode, nous voyons qu'on peut fort bien réussir un Gritti en s'abstenant de toute suture de la rotule. Tel est en particulier le cas de Notta, qui n'a fait aucune suture de la rotule et qui malgré une suppuration prolongée, a obtenu une soudure fémoro-rotulienne parfaite. Blum et Roux de Brignoles s'abstiennent de suture rotulienne; dans son dernier cas, Roux, de Lausanne, n'a pas non plus fixé la rotule elle-même, mais ces chirurgiens ont employé alors une technique spéciale qui équivaut soit à la suture soit à l'enclouement, si encore elle ne leur est pas supérieure. De fait, en pratique, on est d'accord pour reconnaître qu'il faut immobiliser étroitement la rotule pour assurer la réunion exacte fémoro-rotulienne par un cal osseux; une adaptation lâche permettrait la formation d'un hématome entre les deux surfaces osseuses ou même le déplacement de la rotule sous l'action du triceps.

Les suites opératoires sont en général simples. Il faut noter cependant que le lambeau antérieur est assez fréquemment

frappé de gangrène marginale, ce qui est dû sans doute à sa longueur. Nous aurons plus loin l'occasion de revenir sur cette particularité.

Le point qui est le plus discuté dans la technique du Gritti est, comme nous l'avons mentionné, le mode d'adaptation de la rotule au fémur. Nous allons essayer de faire parler les chiffres, mais sans parti pris et en écartant les cas sur lesquels nous avons des données insuffisantes.

Si nous jetons un coup d'œil sur la statistique annexée à la fin de cette étude, nous voyons que dans deux cas, la rotule n'a été maintenue par aucune sorte de suture. Ces cas appartiennent : un à Karpinsky, un à Notta, six à Trendelenburg, un à von Bruns et deux à Blum. L'opéré de Karpinsky est mort quatre jours après l'intervention ; les dix autres malades ont guéri et on ne note aucun déplacement de la rotule. L'opéré de Notta a suppuré et la rotule s'est soudée solidement et en bonne position.

Dans trente-deux cas, on a appliqué à la rotule la suture métallique. Cinq malades sont morts de septicémie ou d'épuisement ; vingt-cinq se sont guéris avec une rotule soudée en bonne position et deux fois on a constaté un déplacement de la rotule, qui une fois coïncidait avec de la suppuration du moignon.

L'enclouement a été pratiqué dix-huit fois. Deux fois la rotule s'est déplacée ; il s'agissait de deux cas du service de Roux, de Lausanne ; dans le premier cas la rotule a été réduite en narcose et maintenue par deux clous, si bien que le résultat final a été excellent ; dans le second cas, le déplacement de la rotule n'a été découvert que longtemps après la sortie de l'hôpital et il s'est produit malgré le clou, qui est visible sur une radiographie prise trente-et-un mois après l'intervention.

On a aussi employé le catgut et la soie pour la suture osseuse. Bardeleben, Trendelenburg, von Wahl, Leonte et Bardescu ont employé en tout huit fois le catgut. Un malade de Bardeleben est mort quatre jours après l'opération, de septicémie ; les sept autres se sont guéris et la rotule a été bien maintenue sur le fémur. Trois fois la soie a été choisie pour assurer la coaptation de la rotule et du fémur ; un opéré est mort de collapsus le treizième jour, et chez les deux autres malades, la rotule s'est soudée comme on le désirait.

Kock, dans un cas, a associé l'enclouement à la suture métallique ; la rotule s'est déplacée malgré cette précaution.

Le procédé spécial de Sczypiorsky, qui consiste à opérer le *cerclage* de la rotule, est mentionné trois fois dans notre statistique, mais dernièrement l'auteur a communiqué à la *Société de Chirurgie de Paris* la relation de cinq nouveaux cas de Gritti qu'il a opérés d'après sa méthode. Ces cas datent de deux, trois et cinq ans ; dans tous, le résultat a été bon et se maintient tel au moment où Sczypiorski fait sa communication.

Si nous récapitulons les cas de déplacement de la rotule, nous trouvons, après déduction des décès, sur soixante-trois cas dans lesquels la rotule a été suturée par des fils métalliques, ou de la soie, ou du catgut : cinq déplacements, soit environ 8 %.

Vingt-et-une fois le traitement de la rotule n'est pas indiqué dans les cas qui font partie de notre tableau ; dix-neuf opérés ont guéri, deux étaient porteurs d'un déplacement rotulien.

Vingt-six opérés ont été traités par des sutures fibro-périostiques ou fibro-musculaires ; tous ont guéri avec une rotule en bonne position, quoiqu'il y ait eu quatre fois de la suppuration et trois fois de la gangrène partielle des lambeaux.

Au total, sur 133 Gritti, nous avons noté 7 fois le déplacement de la rotule ; en déduisant 10 cas de décès survenus peu de jours après l'intervention, il nous reste 123 Gritti qui entrent en ligne de compte avec 7 déplacements, soit un peu plus de 5 1/2 %. Cette moyenne générale est encore bien élevée sans doute, mais elle prouve que l'accident n'est pas très fréquent, puisque notre statistique contient des cas très divers, provenant d'opérateurs différents, parmi lesquels il faut compter plusieurs fois des assistants peu expérimentés. Si nous comparons entre elles deux séries en mettant d'un côté les cas dans lesquels on a pratiqué la suture osseuse d'une façon quelconque ou l'enclouement, et de l'autre ceux dans lesquels on a simplement cousu les tissus fibreux, musculaires ou périostiques pour obtenir l'adaptation de la rotule au fémur, les chiffres sont tout à l'avantage du second mode de procéder. Nous voyons en effet sur 63 cas 5 déplacements, soit 8 % dans la première série, tandis que dans la seconde le pour cent des déplacements est nul. Sans doute, les chiffres sur lesquels se base la comparaison ne sont pas assez importants pour permettre un jugement définitif, puisque la seconde série ne compte que vingt-six¹ inter-

¹ En comptant les cinq dernières de Sczypiorski (*Société de Chirurgie*, juillet 1904).

rappante et digne d'attirer
re jusqu'à conclure que le
au fémur constitue un pro-
ui fixe la rotule par l'inter-
tamment au moyen du liga-
postérieurs de la cuisse et
is nous pensons ne pas être
ture osseuse est loin d'être
bonne réussite d'un Gritti.
le de plusieurs opérateurs.
t que par des sutures périos-
ai lui appartiennent dans le
é ne lui ont fourni aucune
u quadriceps. Roux de Bri-
) et il a traité cinq Gritti en
muscles postérieurs, sans
). Bohl, Bardescu, Pluyette
e Lausanne, ont suivi une

on de la rotule en la fixant
les parties molles qui entou-
e de maintenir étroitement
Ielferich, Roux de Brignoles
ntrés pour mettre le procédé
Roux, de Lausanne, a opéré
'abstenant de l'enclouement
n de l'opération dit en effet :
ntention exacte de la rotule
nprenant les parties molles
dessus la rotule l'aponévrose
n il réunit la peau par des
e, entre lesquels il place des

chirurgie de décembre 1903,
ne suit : « La partie la plus
t incontestablement la série
avons plusieurs fois attiré
érioste postérieur du fémur
breux provenant de la sec-
parties latérales des débris
la rotule. Cette suture ter-

« minée, on a obtenu une sorte de manchon continu, formé par
 « le périoste et les tissus fibreux accompagnant la rotule, man-
 « chon qui immobilisera celle-ci et assurera son adaption exacte,
 « pour peu que l'on veuille bien se souvenir de la propriété
 « fondamentale du périoste : l'élasticité ».

« Le premier plan terminé, nous suturons les tendons posté-
 « rieurs à la partie antérieure de la section du ligament rotulien
 « et aux débris des bandelettes qui, devant la rotule, continuent
 « les fibres superficielles du tendon du quadriceps, si bien qu'on
 « a la formation de l'anse rétractile composée : 1) des bande-
 « lettes tendineuses précitées, 2) du quadriceps, 3) des muscles
 « postérieurs. Cette fixation postérieure assure ainsi, par la
 « réunion immédiate, l'immobilité de la rotule en annihilant les
 « effets de l'action antagoniste du triceps. En outre les muscles
 « postérieurs ainsi fixés conservent toute leur contractilité; de
 « là, dans les moignons obtenus, une richesse qui contraste avec
 « l'amaigrissement de ceux où la suture des muscles postérieurs
 « n'a pas eu lieu. Ainsi appliquée sur la section fémorale par la
 « contraction des muscles antérieurs et postérieurs, les premiers
 « ayant conservé leurs attaches normales, les seconds en ayant
 « contracté de nouvelles, maintenue étroitement par le périoste
 « circulairement suturé, la rotule ne peut que se souder en
 « bonne position ».

Le procédé de Roux de Brignoles diffère peu de la technique suivie par Roux, de Lausanne, pour le malade de l'observation VIII; la technique de Helferich, décrite par son élève Herda, a beaucoup d'analogie avec celle des deux chirurgiens précités. Ce mode de procéder a-t-il des avantages réels? Il faut bien le croire puisque des chirurgiens de valeur s'en déclarent satisfaits et partisans.

Vis-à-vis de la suture métallique, le procédé qui consiste à placer une couronne de points autour de la rotule à travers les parties molles, est assurément plus aisé et plus facile. La statistique montre qu'il assure au moins aussi bien la coaptation et il ne laisse pas dans la cicatrice, surtout si l'on emploie le catgut, de corps étranger dur qui est quelquefois une source de douleur après la guérison. Une condition est alors indispensable, c'est que la réunion ait lieu sans suppuration. Cependant cet accident n'amène pas fatalement un mauvais résultat; Helferich, Leonte et Bardescu ont observé de la suppuration et de la gangrène partielle des lambeaux et le moignon a été favorable-

L'un des opérés d'Helferich a été ation; le moignon avait suppuré, une prothèse à point d'appui ter- importance est celui de la suture du postérieurs capsulo-périostiques; t annihilera en grande partie les ceps et contribuera pour beaucoup tule sur la tranche fémorale.

ou de l'enchevillement, le procédé riostiques a des avantages beau- placements de la rotule sur dix-huit en regard du procédé des sutures ix cas que des succès. Avec l'en- ture métallique fémoro-rotulienne, as imparfaite; il est pourtant plus s laborieux de placer un clou que es. Mais l'expérience faite dans le e bien que le triceps travaille avec toujours facile de maîtriser. Dans on a constaté une luxation de la l'intervention. On a réduit cette ieu de se fier au maintien par un éunies de deux clous qu'on s'est nel est excellent. L'opéré s'appuie pilon et il marche et travaille sans oubleur, peu vive du reste, lorsqu'il acoup marché. Cependant au point ltat est loin d'être aussi parfait. alement, montre que le triceps a orale le bord antérieur de la rotule ble, tandis que le bord inférieur légèrement du fémur. Une autre clou est facilement visible sur la 'image nette d'une exostose déve- ure de la rotule, grâce à l'irritation itation due à la pointe d'acier, qui périoste de la rotule comme un ose est très manifeste à la palpa- tribuons les douleurs accusées par e marche ou des travaux un peu e que l'opéré n'ait jamais souffert

d'ulcération du moignon, malgré cette irrégularité de la surface rotulienne sur laquelle s'appuie la prothèse. Cette constatation est bien en faveur de la bonne qualité de la peau qui recouvre la rotule. Au point de vue du temps pendant lequel les deux clous ont été maintenus, l'observation mentionne l'ablation de l'un le onzième jour et celle du second le vingt-quatrième; la durée de leur présence au milieu des tissus n'a donc pas été excessive.

Le fait qu'un petit nombre de sutures non métalliques des parties molles suffit pour fixer la rotule, montre que c'est certainement à sa résistance défectueuse *par direction* que le clou doit son infériorité. Il suffirait probablement de le planter au bord inférieur de la rotule, et d'arrière en avant, pour lui assurer une résistance victorieuse. De cette manière le quadriceps n'aurait plus aucune action pour arracher le clou devenu libre par ostéoporose et il ne pourrait non plus agir en basculant la rotule.

L'observation V n'est pas favorable non plus à l'emploi du clou; elle ne mentionne pas l'état de la rotule à la sortie de l'hôpital, mais la patiente a été revue deux ans et sept mois après l'intervention; elle n'est pas satisfaite de son état et elle a raison. La rotule est soudée très obliquement sur la tranche fémorale et la radiographie montre que le clou est le témoin impuissant de ce triste résultat, puisqu'il demeure encore tout entier au sein du tissu osseux. La présence de ce clou a un bon côté, celui de montrer encore mieux la puissance de l'action du quadriceps. Il n'est pas facile en effet d'admettre que l'opérateur ait placé d'emblée la rotule dans cette position défectueuse, ni qu'il ait confié la garde de deux surfaces à maintenir en contact à une tige d'acier déjà courbée. C'eût été dans l'un ou l'autre cas une faute trop grossière, qui n'aurait pas passé inaperçue. La radiographie montre pourtant, outre la rotule obliquement placée, le clou courbé dans le sens antéro-postérieur et la partie voisine de sa tête déviée latéralement en dedans. La raréfaction du tissu osseux autour du clou est un facteur important qui explique la déviation de la rotule. Après un certain temps, la tige d'acier devient plus ou moins ballante sous l'influence de l'ostéoporose qui se produit facilement dans le tissu spongieux du fémur; le quadriceps manifeste alors son action et attire la rotule en avant et en haut en appliquant son bord antérieur contre le fémur, tandis que le postérieur s'en

est solide au moment de l'ablation de l'ostéoporose le libère plus ou moins ; il s'accentuera ensuite mais il résistera victorieusement à la traction qui est au moment de la coaptation efficace pour assurer la coaptation de l'ostéoporose consécutive, une

comme dans ces deux cas celui de Kock, la précaution prise d'ajouter à la suture des sutures métalliques, la rotule est le moignon a suppuré abondamment, stérilisation à la période tertiaire et

ici, appelée *cerclage* de la rotule, est la technique la plus difficile qui consiste à forer dans la rotule une rainure un tunnel suivant l'axe médullaire au premier dans l'extrémité inférieure. Un fil d'argent est introduit dans la rainure, les deux chefs sont tordus et rabattus en dedans. L'adaptation de la rotule est obtenue par ces résultats obtenus. Le forage est toujours facile ; il sera toujours la même méthode, très bonne en elle-même, qui tiennent à la technique et à la difficulté et la longueur des opérations. Il s'agit de ce que Sczypiorski soit

Revue de Chirurgie (10 mars 1934) a été à ménager la conservation la plus considérable que dans les autres cas. Pour la surface articulaire de la base « parallèlement à ses deux faces » dans le dièdre dont l'angle est en fait le fémur, il le sectionne « suivant les lignes antéro-postérieures, pour adapter le coin rotulien ». Les sections osseuses, Bussiére joint les deux os par deux fils latéraux. Ce n'est pas une importance capitale.

Peut-être la section cunéiforme de la rotule et du fémur trouverait-elle son application chez les enfants, dont la rotule mince ne se laisse pas facilement scier sur un seul plan. Avec une couronne de sutures autour de la rotule, la modification de Bussière est assurément inutile.

Pour Gritti lui-même, il est intéressant de constater qu'au *Congrès de Berlin* en 1890, il a préconisé une seule suture métallique postérieure, de façon à utiliser l'action du quadriceps pour appliquer plus exactement la rotule sur la tranche fémorale.

Laissant de côté les modifications apportées au Gritti, nous abordons ici dans une courte discussion les différents reproches qu'on lui a adressés et nous verrons ensuite si les résultats obtenus en général et dans le service de M. le Prof. Roux en particulier, permettent de les aggraver ou de les amoindrir.

Nous nous occuperons peu des appréciations qui ont eu cours durant la période préantiseptique. Il est évident que l'ostéoplastie était à ce moment une opération plus compliquée et plus dangereuse que l'amputation simple, puisqu'elle offrait à l'infection deux tranches osseuses au lieu d'une. Si nous voulons pourtant jeter un coup-d'œil sur la statistique dressée par Balacescu, et qui comprend, dans l'ère préantiseptique, 153 cas opérés en Allemagne, en Angleterre, en Autriche, en Russie, en Italie et aux Etats-Unis, nous trouverons quelques documents intéressants.

Nous relevons d'abord une mortalité brute de 47,4 %, soit 80 guérisons, 71 morts et 2 résultats non indiqués. Si on ne tient compte que des cas opérés à cause de traumatismes, la mortalité est effrayante et arrive à 56,5 %. Dans la majeure partie de ces cas, l'intervention a d'ailleurs eu lieu en présence de phénomènes septicémiques prononcés et la statistique de Salzman, qui arrive avec 72,7 % de mortalité, si l'on ne tient compte que des cas dont le résultat immédiat est connu, est incluse dans celle que nous envisageons. A ce moment, l'amputation de la cuisse donne une mortalité brute de 73 % d'après Lotzbeck, de 75,8 % d'après Billroth et de 55 % d'après Legouest.

Au point de vue de l'utilisation du moignon, la rotule est mentionnée dix fois comme pouvant servir de point d'appui pour la prothèse, sans causer de douleur. Dans l'un des cas, appartenant à Bryk et opéré en 1869, il y a eu suppuration et élimination d'un séquestre du fémur ; la guérison a mis sept mois à se pro-

par Ried, en 1879, il y a eu également ; s'est formé dans la cuisse ; la de quatre mois ; le même malade lait toute la journée debout et dix résultats de la période préant donner un Gritti, quand la guésoudée en bonne position.

À l'avènement de l'antisepsie, la blement allongée, mais il n'y a nisson a refusé au Gritti même nce de la *Société de Chirurgie*. nt également bien sur leur moi- pération ? Cette sentence tombe la discuter.

À l'objection en déclarant aussi à aine avant que Kirmisson tentât ervé plusieurs fois, à la suite de s ulcérations au niveau du moi- plus aussi convaincu des avan- econnait que l'opéré peut quel- ignon, surtout s'il s'agit d'un . il s'appuie sur l'ischion. Kœnig Gritti et il s'exprime ainsi dans *Traité de pathologie chirurgicale* du genou : « ... il s'en faut de puissent faire porter plus tard noignon ».

En 1902¹, porte le jugement que ffectuer sans réaction, mais le rs — c'est même une exception ur le moignon de la désarticula- at à la suite de la désarticulation, irconscrite après le Carden ou le nbeaux se gangrènent facilement eur. »

peut être attaqué d'une autre nou et le Gritti sont deux opera- cations sont complètement diffé- el que le chirurgien de Paris a

méconnu. Si les téguments sont suffisamment longs et sains et si leur nutrition est assurée par un bon état de la circulation, la désarticulation reste l'opération indiquée, pourvu que l'extrémité inférieure du fémur ne soit pas atteinte. On pourra même conserver les cartilages articulaires qui sont habitués à subir la pression, mais si l'état des parties molles ou une affection commençante de l'épiphyse fémorale inférieure ne permettent pas de recourir à la désarticulation, alors la question se pose de savoir si c'est un Gritti, un Carden ou l'amputation simple qui aura la préférence.

L'amputation fémoro-rotulienne a été taxée de compliquée et de difficile. Sa complexité nous échappe, à moins qu'on ne veuille, pour la perfectionner, la doter encore de sections multiples dans divers plans et de sutures métalliques de plus en plus nombreuses. Seule, la section à la scie de la surface cartilagineuse de la rotule offre quelque difficulté ; la rotule est mal assujettie, elle est mince, la scie mord difficilement et se laisse diriger avec peine, mais ce temps opératoire est court et, s'il reste quelques irrégularités à la surface de la rotule, on peut les aplanir ensuite. La difficulté n'est réelle que pour les débutants, les observations parcourues ne la mentionnent même pas.

Le danger de l'opération est presque nul. Sur les 138 cas que nous connaissons depuis l'époque antiseptique, nous notons seulement huit décès. Aucun n'est imputable à l'intervention. Voici comment il faut les envisager : un opéré de von Wahl est mort au bout de quinze jours par cachexie, Bardeleben a eu deux décès, un par delirium tremens et un par infection préopératoire ; un autre opéré de von Wahl est mort de cachexie et de septicémie : il s'agissait d'une gangrène survenue à la suite d'une fièvre typhoïde ; un opéré de Leonte est mort en deux jours, d'une infection suraiguë qui avait débuté avant l'intervention ; un troisième patient de Bardeleben a succombé encore dans des conditions analogues, tandis qu'un quatrième s'éteignait au bout de onze jours par épuisement. Enfin, encore chez Bardeleben, une vieille femme atteinte de gangrène des orteils droits mourait en collapsus le treizième jour, porteuse d'œdème du membre inférieur gauche et d'une plaque de décubitus au sacrum. Le *shock* opératoire n'est donc pas considérable. La mortalité brute serait d'après nos données de 6 % ; c'est fort peu, si l'on songe que les patients se présentent en général dans des conditions très défavorables de résistance, après des traumatismes

avec des gangrènes, des suppurations, plusieurs opérateurs peuvent, du moins, compter aucun décès. Citons, dans ce cas, Trendelenburg, von Bruns avec 9 cas¹ et Sczypiorski avec 11 cas, les trois premiers datent de 1892 ; les sept autres, qui ont été publiés, sont postérieurs à cette date.

Il ne faut pas encore atteindre le fait que l'on doit exiger de cette intervention qu'elle agisse directement sur la prothèse. La prothèse fémoro-rotulienne n'a plus sa raison d'être à montrer que le moignon ne doit pas être qu'on doit lui demander. On ne doit pas au fémur, que la peau ne doit pas la pression, que la bourse ne doit pas se enflammer et suppurer par suite de la prothèse. Si ces trois reproches ne sont pas justifiés, la prothèse fémoro-rotulienne est justifiée, et de souffrances pour le patient et l'opération est justifiée.

La prothèse prérotulienne est une prothèse que nous connaissons trois cas, dont l'un est dû à Bohl, en 1892 ; dans ce cas, la prothèse a survécu pendant la cicatrisation, imputée à l'action de la prothèse, la rotule a pu être utilisée comme dans le cas qui appartient à Engelbach, et huit mois après l'intervention, la prothèse n'a pas empêché le patient d'utiliser la prothèse.

On se montre d'une qualité bien différente d'elle après un Gritti. Outre que la prothèse a travaillé rudement pendant la cicatrisation du moignon, d'ailleurs, dans ce cas, on a observé pendant longtemps la prothèse sur ce point encore controversé. On s'attache à cette étude des renseignements.

Il faut pour Roux un dixième succès.

gnements sur trente-trois moignons. Onze ont été revus entre trois et dix mois après l'intervention ; l'un présentait, après huit mois d'utilisation un léger hygroma prérotulien qui n'a pas eu de suites ; un autre était douloureux par-ci par-là au bout de dix mois, sans que la cause de la douleur pût imcomber à l'opération : le patient était porteur d'un carcinome des ganglions inguinaux. Onze autres moignons ont été l'objet d'investigations faites entre la première et la deuxième année ; neuf d'entre eux s'appuient directement et uniquement sur la rotule. Une seule fois, le patient souffre d'ulcérations ; c'est celui qui fait l'objet de notre observation VI et qui, à la suite de diverses circonstances malheureuses, a été doté d'une cicatrice terminale ; la ligne de sutures adhère encore sur une certaine étendue à la soudure osseuse fémoro-rotulienne ; un autre patient accuse de temps en temps un peu de douleur, mais ne porte pas d'ulcérations. Deux fois, les opérés se servent d'une prothèse à point d'appui ischiatique sans raison spéciale. Quatre opérés utilisent leur rotule pour s'appuyer sur la prothèse depuis deux ans, deux s'en servent depuis trois ans, sans avoir à signaler ni douleurs, ni ulcération.

Roux de Brignoles a un sujet opéré depuis cinq ans et un autre depuis quinze ans : tous deux marchent admirablement et sans douleur au moyen d'un appareil à pression terminale. Il n'y est nullement question d'ulcérations. Enfin, parmi les opérés de Roux, de Lausanne, nous voyons une femme âgée de quatre-vingt-deux ans et porteuse d'un Gritti depuis l'âge de soixante-quinze ans : pendant sept ans, elle s'est déclarée enchantée de son appareil, elle s'est promenée et a travaillé autant que son âge le lui permettait sans ressentir de douleur. La prothèse s'appuyait sur la rotule et n'était pas rembourrée. Ce n'est qu'à la fin de la septième année que des douleurs apparurent accompagnées d'une ulcération artificielle, due au mauvais état de l'appareil, qui n'a jamais subi la moindre réparation (Obs. IV).

Le sujet de l'observation III est opéré depuis huit ans ; il marche, il travaille avec un pilon qui presse sur l'extrémité du moignon ; la surface de la rotule est pourvue d'une exostose, et le patient se plaint de douleur seulement après une course trop longue ou des travaux trop pénibles, mais il n'a pas d'ulcération.

Tels sont les résultats fournis par l'examen de trente-trois moignons qui ont été utilisés et dont on a pu contrôler l'emploi. Nous avons laissé de côté à dessein ceux qui n'ont pas été munis

d'appareils ~~et~~ ceux qui étaient inutilisables du fait d'une faute opératoire ou d'une consolidation de la rotule dans une situation vicieuse. Nous voyons ~~donc~~ que la peau mise en contact avec la prothèse est d'une excellente ~~qualité~~, puisque sur dix-neuf moignons revus après un emploi qui varie ~~entre~~ douze mois au minimum et quinze ans, il y a une seule fois des ~~ulcérations~~ de nature à gêner sérieusement l'emploi de la prothèse, dans un cas où cette éventualité eût pu être évitée. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé de renseignements plus nombreux sur le résultat éloigné de l'utilisation du membre artificiel ; nous avons la conviction que si les observations eussent été plus communicatives sur ce point, nous aurions pu corroborer notre affirmation de l'excellence des téguments par des chiffres plus importants et d'une valeur plus décisive. A ces dix-neuf cas, nous pouvons encore ajouter les cinq nouveaux dont Sczypiorski a entretenu la *Société de chirurgie* en juillet 1904, cas qui ont donné tous les cinq un résultat idéal et qui sont suivis depuis deux à cinq ans par l'opérateur.

Il importe, du reste, de ne pas oublier les excellents résultats que donne le martelage hâtif de tous les moignons sur leur utilisation comme support direct. Si la désarticulation en bénéficie autant que l'amputation de Gritti, elle conserve le désavantage de la réparation paresseuse des vastes surfaces cartilagineuses, surtout chez les adultes.

Une autre accusation non moins grave a été maintes fois formulée, c'est celle du défaut de soudure de la rotule, soit que cet os ne se soude pas du tout, soit qu'il se soude dans des conditions telles que le moignon est inutilisable. Nous avons un peu de peine à comprendre que des chirurgiens de l'époque actuelle puissent croire à l'absence de soudure de la rotule. Pourquoi cet os ne se souderait-il pas aussi bien qu'un autre, si on a soin d'éviter l'infection, si les deux surfaces cruentées sont bien en contact et si les lambeaux sont bien nourris ? Les faits de la période préantiseptique ont contribué pour une large part à répandre l'opinion de l'absence de soudure, mais aujourd'hui l'obtention de la synostose est assurée ; il faut veiller à ce qu'elle se produise en bonne position et pour atteindre ce but nous avons à notre usage les différents modes de suture osseuse ou des parties molles fibro-périostiques, sans compter l'enclouement ou l'enchevillement. Les données que nous possédons montrent que pour les 133 cas à nous connus dans la période antiseptique,

pas une seule fois, l'absence de soudure fémoro-rotulienne n'est venue entraver l'utilisation du moignon. Au contraire, on a constaté de très bonne heure la synostose : Helferich a trouvé la rotule solidement fixée le seizième jour et à la fin de la troisième semaine, Albert a constaté la solidité de la fusion au bout de vingt-trois et de trente-trois jours, von Bruns la mentionne au vingt-cinquième, au vingt-huitième, au dix-neuvième et même au quatorzième jour, Bohl note la rotule comme solide le vingt-et-unième jour, Pluyette le quinzième jour et Roux, de Lausanne, constate au onzième jour que la rotule est déjà soudée, mais encore lâchement. Blum a noté le cal osseux après un mois. Bardeleben a eu l'occasion de pratiquer une autopsie treize jours après un Gritti : il a pu constater le début de la synostose. Les radiographies tirées peu après une intervention ne sont pas encore nombreuses ; Bardescu a vu par ce moyen la soudure osseuse au soixante-quatrième jour, Balacescu l'a vue aussi par la radiographie le soixante-dixième et le quarante-quatrième jour ; dans ces trois cas, la bande osseuse qui réunissait la rotule au fémur était encore claire, ce qui montre bien que le tissu nouveau était pauvre en sels calcaires.

L'accident qui est plus à redouter et qui a été constaté plus souvent que l'absence de soudure, c'est la synostose de la rotule en position vicieuse. Sur 153 cas que Balacescu a réunis et qui datent d'avant l'antisepsie, cette fâcheuse circonstance est mentionnée treize fois, et deux fois on signale une soudure de la rotule par un cal fibreux et lâche ; or, sur ces 153 cas, il faut déduire 71 décès et 49 cas dans lesquels le résultat opératoire n'est pas indiqué de façon à renseigner sur l'état de la rotule. Sur 33 cas qui restent, il y a donc une moyenne de 40 % au bilan de la soudure oblique de la rotule ; cela est simplement désastreux et ce chiffre parle éloquemment de la fâcheuse influence de la suppuration.

Dans la période antiseptique, la situation est tout autre : sept déplacements de la rotule sur cent trente-trois cas, tel est le compte. Dans deux cas de Kock, il y a eu suppuration, l'action du triceps se trouvait de ce fait singulièrement favorisée. Un opéré de Ried est tombé sur sa rotule dans un accès de delirium tremens, et quatre fois, il semble que le quadriceps doit être seul incriminé. Ainsi le sujet de l'observation V a guéri très simplement, quoiqu'on note un peu de rétention ; celui de l'observation III a eu sa rotule luxée au sixième jour, alors que la plaie

iquer en narcose ; aucun de
ite ou reçu de choc quelcon-
e luxation de la rotule, alors
mière intention ; l'opéré de
de cause spéciale capable de
donc de conclure dans ces
comme agent unique de la
avaient subi l'enclouement
tallique de chaque côté de la
ro-capsulo-périostiques, ren-
tulien aux tendons de la face
erait probablement pas ces
ments sur le cas de Gorsky
été traitée la rotule.

sous l'influence de la suppu-
guère ; l'état des opérés est
de cuisse : l'appui direct est
riceps est moindre et le moi-
, surtout si l'on envisage que
s inférieur aurait pu suppu-
ti ne vaut pas mieux qu'une
ut cas pas beaucoup moins
elle que soit l'intervention

it qu'on a noté à maintes

Il est vrai qu'il s'agit pres-
, souvent circonscrit et sim-
u quatre fois sur dix opéra-
if, Helferich deux fois sur
Leonte et Bardescu une fois
trois, Roux, de Lausanne,
engelenburg n'en a jamais
otal, nous relevons chez ces
rtielles sur 67 interventions,
n chiffre considérable, mais
imputation transcondylienne
ons plus favorables pour la

Koenig a présenté une gan-
e cas doit être mis à part,
ui est mort de son diabète
m.

us ne trouvons dans les différentes techniques employées la condition propre à expliquer cette nécrose ; tous les essais de procéder comptent des succès. La méthode des greffes fibro-périosto-musculaires décrite par Roux de Brignoles, déjà employée, avant que cet auteur l'ait publiée, par divers auteurs, cette méthode seule ne compte pas encore de gains de lambeaux ; mais les faits sont en petit nombre et les renseignements obtenus ne sont pas complets ni explicites sur ce point, nous nous abstiendrons donc de comparaison. Cependant il nous semble qu'en rapprochant les parties molles et les osseuses mieux que tous les autres procédés, en comblant mieux les vides et en utilisant continuellement l'action contractile du quadriceps et des muscles de la face postérieure, cette méthode met mieux à l'abri de l'infiltration et de la rétention et par suite évite mieux la traction sur les sutures et l'affaiblissement qui peuvent parfois contribuer à gêner la nutrition des lambeaux ; le drainage ne doit être négligé en aucun cas.

Pour conclure notre exposé, nous nous bornerons à quelques remarques sur la valeur de l'opération de Gritti.

Il n'y a d'abord aucun doute qu'après un Gritti l'appui direct du moignon est la règle. Il n'y a comme exceptions que les quelques cas de soudure défectueuse de la rotule — 7 fois sur 100 opérations — et les cas peu nombreux où à la suite d'une infection opératoire ou de circonstances diverses et toujours évitables la cicatrice est devenue terminale. Les hygromas de la bourse séreuse prérotulienne sont des plus rares, se guérissent facilement et gênent pas sensiblement l'utilisation du moignon. Les complications sont aussi exceptionnelles après une amputation huméro-rotulienne convenablement exécutée ; celle que nous connaissons est unique sur trente-sept moignons bien conformés ; elle est apparue au bout de sept ans et grâce à une prothèse l'état de délabrement peut être incriminé à juste titre (IV). Ces résultats sont stables, comme le prouvent les cas de cinq, six, sept, huit et quinze ans après l'intervention (6, 63, 93, 94 et 105 du tableau) et d'autres revus entre dix et quatre années après l'opération.

La rotule se soude toujours et presque toujours en bonne position à la condition qu'elle soit convenablement maintenue par une attelle métallique ou par une couronne de sutures à la soie ou au catgut fort qui comprendra les parties molles profondes et

postérieure. L'enclouement et
efficaces que la couronne de
poser à des exostoses (Obs. III,
de douleurs et qui peuvent

die, la musculature s'atrophie
in de fournir aux muscles de
ertions en suturant leurs ten-
rophie est beaucoup plus con-

A ce point de vue, la méthode
laires donnera les meilleurs

ie de Gritti ne doit pas être
genou ; les deux opérations
ications ; celles-ci se dédui-
s fémoraux que de l'état des
iers inférieur ne soutient pas
i. Le moignon de l'amputation
lirectement sur une prothèse,
ie fortement, et fréquemment
gique et pathologique du mot.

le Gritti est une opération
n'est guère plus longue à exé-

(A suivre).

ions techniques **on césarienne conservatrice.**

BASTIAN.

rois fois l'opération césarienne
. Deux de ces observations ont
La troisième est inédite. Elle
si je me refuse à la décrire
'elle présente, c'est que mon
ce modeste travail n'en est-il
et de quelques points spéciaux
chemin faisant, j'ai pu appré-
iels on me permettra d'attirer

si m'a-t-on dit fréquemment, opérez-vous avant le travail? Y trouvez-vous un avantage quelconque? Cette première question que je vais tout d'abord m'oc-

ut-il opérer avant tout début de travail ou bien est-il d'attendre que le travail soit commencé?

magne Leopold, Olshausen, etc., etc., et plus récemment sont partisans de l'intervention après le début du travail. Suivant les uns, il est nécessaire d'attendre que la parité de fortes douleurs; suivant les autres, que la dilatation de l'orifice utérin soit complète. A cette pratique, les auteurs reconnaissent généralement les trois avantages que 1° l'enfant a plus de chances de survivre, étant à terme; 2° les tractions utérines assurent le retrait de l'utérus et évitent le danger d'une hémorragie; 3° l'ouverture du col permet le facile écoulement des lochies par le vagin.

Je ne puis soutenir sérieusement qu'un enfant né quelques jours avant le terme ait moins de chances de survie qu'un enfant né à terme. Et d'ailleurs, n'avons-nous pas des procédés qui permettent d'apprécier, dans des limites approximatives, le développement de la tête fœtale en fonction de la date présumée de la gestation. Je trouve, dans la statistique de Bar, que tous les enfants étaient bien portants et ont vécu. Si quelques-uns ont atteint des poids au-dessous de la normale (2 k. 000-2 k. 080), il est juste d'ajouter que ces enfants ont été extraits par opération césarienne après le début du travail, pesant 2 k. 900. Pour ma part, dans ma pratique copiée sur la méthode préconisée par Bar et dont il se fait un ardent défenseur, les résultats sont plus heureux et j'obtiens comme poids :

Premier enfant	4000 grammes
Second »	3350 »
Troisième »	3080 »

La crainte donc, tirée de la prématurité du produit, n'a rien de si dement sérieux.

Il n'est pas de même de la seconde : la crainte de l'atonie pendant le cours de l'opération. Dès 1887, puis en 1888, Bar a fait de nombreuses observations dans lesquelles l'intervention pour prématurité n'a été entravée par aucune hémorragie. Les autres auteurs et non des moins sérieux opèrent au début de travail et mettent en garde contre

d'amères déception (Treub,

et c'est pour cela que je me
un tableau la statistique de
ersonnelle. Au total 12 opé-
nt le début du travail sans
ntervention. (Voir tableaux

mes trois observations les
toute autre statistique. En
iatique soit homogène pour
ette homogénéité, la mienne
remière intervention, je me
nt la technique qu'a si bril-
çons de pathologie obstétri-
plaindre, bien au contraire.
rations de ce genre, je ne
te ligne de conduite. C'est
nnes faites avant tout début
nt aux débats, et dans les-
roduite ni pendant ni après
a observé un seul cas d'ato-
ste. Pour ma part, je n'ai

partant de l'hémorragie qui
vaine. A ceux qui, ayant
arde contre elle, convient-il
. accuser leur technique des
ers le moment opératoire.
re élastique? Funeste habi-
encombrent-ils leur techni-
ossible de manœuvres tom-
Je vais paraître paradoxal
du sang provoque l'hémor-

i adressée à notre technique
chies. Voyons, ce qu'elle a

est fait aucune mention de
: à moi, rien à y ajouter. Je
onvient de drainer la cavité

utérine soit avec de la gaze iodoformée, soit avec de la gaze xéroformée. Je préfère la gaze xéroformée qui est moins toxique. Un des temps de la technique consiste, l'opération terminée, à attirer dans le vagin le chef de gaze qu'on a introduit aussi profondément que possible dans la cavité cervicale. Je n'ai jamais pour ma part rencontré de difficulté dans cette manœuvre et le col a toujours permis l'introduction facile d'un ou de plusieurs instruments. La gaze est retirée ensuite progressivement; le quatrième ou cinquième jour le dernier fragment est extrait.

Et maintenant y a-t-il des avantages à opérer avant tout début de travail? Parmi ces avantages dont quelques-uns ont été souvent cités : ceux, par exemple, d'éviter la rupture prématurée des membranes, la procidence du cordon, etc., etc., le plus sérieux à mon sens c'est de permettre à l'opérateur de se trouver dans les conditions d'une laparotomie aseptique¹. J'entends par laparotomie aseptique une opération au cours de laquelle on ne rencontre ni pus, ni liquide septique quelconque. C'est la laparotomie pour fibrômes, par exemple (dont la mortalité ne s'élève même pas à 4 %) dont les suites sont simples et la guérison rapide. C'est là certes un avantage qu'on ne saurait dédaigner.

II. — *Où et comment inciser l'utérus?* Je ne veux point m'attarder ici. Qu'il me suffise de dire que l'incision que j'ai pratiquée à l'exemple de Bar est une incision longitudinale comprenant une partie de la paroi antérieure de l'utérus et empiétant, suivant les besoins, plus ou moins sur le fond de l'organe. En cas de nouvelle opération césarienne, il est nécessaire de faire porter l'incision à côté de l'ancienne cicatrice. Le muscle utérin y est d'ordinaire aminci et la réunion, dans un tissu cicatriciel, présente quelque aléa. Plus rarement, on sera obligé d'opérer transversalement sur le fond. Pour moi, cette dernière incision doit être exceptionnelle.

Comment faut-il inciser l'utérus? Je le ponctionne sur place au bistouri sans m'inquiéter davantage du placenta ou d'un vaisseau; et, sur l'index comme conducteur, j'achève aux ciseaux la section qui sera aussi étendue que possible pour faciliter les manœuvres d'extraction. On rêve à entendre parler en

¹ BASTIAN. Bassin à cyphose lombo-sacrée. Enfant à terme. Opération césarienne conservatrice. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 21 septembre 1903.

ou d'autres interventions
plus vers le fond de l'or-

de suture utérine ? C'est à
utérus. Et, si son procédé
trop long et trop complexe,

deux étages : l'un profond
ature, l'autre superficiel,
se (fig. 1). D'autres préfè-
recommandent d'éviter la
, dans l'anse de leur fil.
'attarder aux dangers qui
à cavité utérine, parce que

SÉREUSE

MUSCULEUSE

MUQUEUSE

deux étages.

SÉREUSE

MUSCULEUSE

MUQUEUSE

ressant pas la muqueuse.
muqueuse.

trouve coupée par lui dès
le dans la musculature et

uture utérine est quelque
s d'énumérer. J'ai recours
tite modification qui m'est

, intéresse la séreuse et la

iré, celle-ci dans toute son épaisseur. Jusqu'à présent, c'est la muqueuse, mais je n'attache pas beaucoup d'importance à son intégrité. Le fil, chargé sur une aiguille quelconque, doit pénétrer à un centimètre de l'incision pour ressortir à la même distance du côté opposé; après quoi, on le lie et on le rapproche du nœud. Les fils se succèdent de centimètre en centimètre jusqu'à la parfaite coaptation de la plaie. On ne doit pas, en effet, mettre trop de soin à cette manœuvre, car le résultat dépend en grande partie de la restauration du péritoine dans sa continuité et partant le retour de ses fonctions physiologiques.

Après le premier plan de sutures, j'ajoute pour ma part un plan séro-séreux. Et voici en quoi il consiste. Non pas, *mais par dessus* la première ligne de réunion à points séparés, la soie, je passe un surjet à la soie fine ou de préférence au catgut comprenant la séreuse et une très faible partie de la muqueuse sous-jacente (fig. 3). L'avantage de ce procédé est de permettre une coaptation idéale de la séreuse viscé-

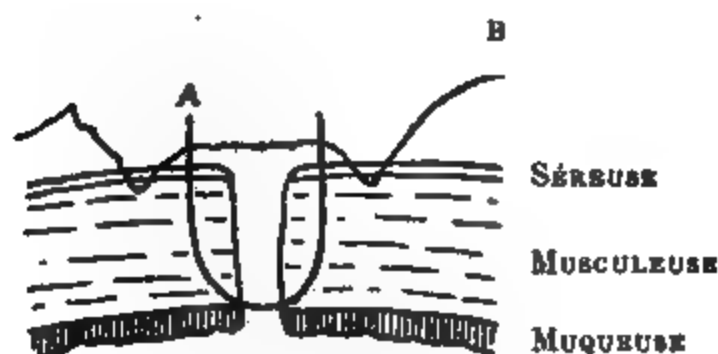


fig. 3. — Suture à deux étages. — A. Suture en masse séro-séreuse par dessus la première ligne de suture à points séparés.

peritonisation parfaite des surfaces cruentées; d'où, pratiquement, la possibilité d'éviter les adhérences précoces avec le péritoine pariétal ou les organes voisins. (12 du tableau).

C'est ce que j'avais à dire sur quelques points spéciaux de la technique de l'opération césarienne. M'étendre davantage, sur ce sujet, c'était rééditer ce qui a été écrit dans tous les traités d'obstétrique, ce que je ne voulais faire.

aitement des localisations mnorrhagie chez la femme.

ain, à Lausanne.

s près de trente cas de blen-
sultats identiques et très satis-
présenter à mes confrères une
ités jusqu'ici dans les cas de
et des voies urinaires chez la
er un certain nombre des faits
e M. le Dr Rossier, professeur
Lausanne; je le remercie ici
m'a permis d'arriver en un
ire un nombre d'expériences
uver l'utilité réelle des petits
e et dont l'emploi me paraît
tique courante. Ces modifica-
e raccourcir considérablement
de la maladie. Elles ne con-
neureusement de beaucoup les
gie ne s'étend pas au péritoine
s.

ors de ce travail l'oophorite, la
mnorrhéiques. Restent plusieurs
is toutes réputées difficiles à
ment : 1° l'urétrite, 2° l'endo-
, 4° l'endométrite du corps, et
cite ces localisations dans l'or-
atteints le plus souvent par le

marque de l'infection se pré-
ologique, dans l'ordre suivant :
agère), vulvite, bartholinite et
variable, quant à l'époque de
de suite après l'infection, de
étant presque toujours le pre-
tard consécutivement à une
ieure.

le siège le plus persistant du

gonocoque, ce serait selon les uns l'urètre (glandes périurétrales) qui viendrait en première ligne, puis le col utérin, puis les glandes de Bartholin ; selon les autres, ce serait le col qui serait le siège des gonorrhées latentes de longue haleine.

Quoiqu'il en soit, si nous laissons de côté la vaginite et la cystite à gonocoques, qui d'habitude guérissent facilement, toutes les localisations mentionnées présentent au point de vue technique de grandes difficultés pour la thérapeutique.

URÉTRITE. — Quelles sont, jusqu'à présent, nos ressources pour le traitement de cette affection :

a) *Injectons*. Si excellents que soient les résultats obtenus par elles chez l'homme, elles n'en sont pas moins très insuffisantes chez la femme. Comme, chez cette dernière, nous n'avons pas la possibilité de maintenir le liquide injecté un certain temps en contact avec la muqueuse urétrale, et que, lors de l'injection, une partie du liquide se déverse dans la vessie, tandis que l'autre partie s'échappe dès que la seringue est enlevée, le médicament ne peut agir qu'à l'instant précis de son passage à travers l'urètre, ce qui est insuffisant pour que son action antiseptique puisse se manifester utilement.

b) *Bougies médicamenteuses*. Elles se laissent assez bien maintenir en place, à condition d'être fixées jusqu'au moment où elles ont commencé à se fondre, mais se prêtent-elles réellement, de façon certaine, à l'action du médicament dont le beurre de cacao est le véhicule d'usage ? J'ai, pour ma part, vu plusieurs urétrites traitées par les bougies durer un temps inadmissible, sans en être même atténuées. Je n'ai jamais vu un cas guérir définitivement par ce seul moyen.

Pour mon compte, je ne me sers plus dans aucun cas de bougies médicamenteuses. J'ai, en effet, eu l'occasion de constater par l'endoscope que, si par fois le médicament contenu dans la bougie aurait pu agir efficacement, le beurre de cacao, lui, agit toujours dans un sens diamétralement opposé à nos intentions. Il forme sur la muqueuse un enduit huileux qui empêche le médicament d'entrer en rapport intime et suffisant avec la muqueuse malade. En outre, ce qui est plus important, il s'oppose ainsi à l'écoulement des produits pathologiques occasionnant la *Sekretretention* des Allemands.

Dans un cas d'urétrite bulbaire très atténuée, presque guérie, chez un homme qui, pour une raison quelconque, ne pouvait facilement continuer un autre traitement, j'avais ordonné des

bougies au protargol. Le malade avait appris à se les introduire dans le bulbe. Dès ce moment, j'observai un arrêt complet dans la marche de la guérison : sécrétion plus abondante, réapparition journalière de gonocoques beaucoup plus nombreux dans la sécrétion. Un examen à l'endoscope fut fait dans le but de me renseigner sur la cause de cette aggravation. Je constatai la présence de nombreuses taches blanchâtres, d'aspect lichenoïde, dispersée sur la muqueuse urétrale, surtout sur la ligne médiane supérieure. Ces taches s'enlevaient facilement avec un tampon de ouate, et laissaient apparaître l'ouverture d'un follicule de Morgagni à bords rouges et gonflés ; souvent il s'échappait de celui-ci une goutte de pus riche en gonocoques. Il est évident que ces taches étaient formées par le pus qui cherchait à s'échapper des follicules et qui était maintenu par le corps gras (beurre de cacao) entre l'enduit huileux et la muqueuse.

c) *Badigeonnages*. Assez pénibles pour la malade pendant la période aiguë, ils donneraient peut-être de meilleurs résultats s'ils pouvaient être répétés très souvent, plusieurs fois dans la même journée, ce qui n'est pas possible, soit à cause de l'irritation que provoqueraient des badigeonnages trop fréquents et qui forcerait bientôt à arrêter le traitement, soit à cause de la difficulté de voir une malade plusieurs fois par jour.

d) *Tamponnements*. Ils me paraissent devoir être déconseillés pour les mêmes motifs.

J'ai donc cherché un traitement plus rationnel et facile à appliquer. Je crois avoir trouvé un instrument permettant de se rapprocher assez du but projeté, pour que je me croie autorisé à le proposer.

Cet instrument¹ consiste en une tige porte-coton creuse, en argent, de 10 cm. de longueur, munie de nombreux petits trous latéraux dispersés sur sa partie moyenne. Elle est fermée à son extrémité interne, son extrémité externe étant un peu évasée pour recevoir l'embout d'une seringue. Cette tige est placée à l'intérieur d'un petit tube en argent de la grosseur d'une sonde urétrale n° 20 à 22 Charrière. Elle est entourée dans toute sa longueur de coton imbibé avec la solution médicamenteuse. Placée à l'intérieur de son tube protecteur, elle est, grâce à ce

¹ Il se fabrique chez M. O. Schorrer, fabricant d'instruments chirurgicaux à Bienne, Suisse.

tube, facile à introduire dans l'urètre. Ceci fait, le tube est retiré, tandis que le tampon reste en place. Avec une seringue *ad hoc* le tampon est imbibé à nouveau par l'intermédiaire de la tige sur laquelle il est fixé. De cette façon le tampon gonflé établit un contact intime entre le médicament et toutes les parties de la muqueuse et ce contact peut être maintenu un temps indéterminé.

Les résultats obtenus dans 28 cas, dont nous donnons plus loin quelques-unes des observations, ont été les suivants :

Durée moyenne du traitement jusqu'à la guérison complète : 10 jours ; le cas le plus court ayant demandé 5 jours, le plus long 16 jours. En général, 16 à 20 applications ont suffi pour amener la guérison définitive. Les applications étaient faites dans bien des cas une fois par jour, souvent deux fois. Même dans les cas suraigus, tous les symptômes subjectifs avaient disparu dès le troisième jour.

Dans les quelques cas, moins fréquents à ce qu'il me paraît que ne le disent certains auteurs, où les glandes périurétrales (follicules de Skene) ou quelques culs de sac glandulaires à l'intérieur du méat participent au processus inflammatoire, et servent de repaire au gonocoque, que le médicament ne peut alors atteindre, l'électrocautère combiné au besoin à l'endoscopie mène rapidement au but. Grâce à l'anesthésie locale rien n'empêche de se servir de ce dernier moyen.

Un point important qui mérite d'être pris en considération, c'est que *ce traitement n'est nullement douloureux* ; il est très bien supporté, et même dans des cas aigus avec sécrétion sanguinolente, tous les symptômes subjectifs disparaissent au bout de trois ou quatre jours.

Dans quelques cas, ce traitement dut être combiné avec quelques dilatations au dilatateur de Kollmann ; dans deux cas, des condylomes siégeant au méat et jusque dans l'intérieur de l'urètre demandèrent une intervention spéciale.

ENDOMÉTRITE CERVICALE. — Le col utérin, avec ses nombreuses glandes, est certainement le siège de prédilection de la gonococcie latente et chronique chez la femme. C'est là que le gonocoque trouve moyen de persister pendant des mois et des années ; c'est là aussi qu'il produit le moins de manifestations, et permet à un grand nombre de femmes de se croire indemnes ou guéries, tandis qu'elles sont exposées, soit à la suite d'un accouchement, soit sous l'action de quelque autre

aux plus graves désordres. tre l'endométrite cervicale eur variabilité même, leur par les auteurs de trouver ents, injections médicamentés. La levure de a teinture d'iode ont donné ants, mais tous ces moyens rs semaines.

ment avec de la ouate im- e plus de chances d'obtenir uqueuse malade et le médi- ontact assez long pour que ps de s'exercer d'une façon os inconvenient. La ouate canal étroit se tasse et ne liquide dont elle est imbibée tampon est presque sec.

ai cherché à remédier. Je nstrument d'un emploi fort

té, légèrement évasée de l'au- ine seringue, est perforée de

anule en est de 5 cm., de 7 ie d'un tampon imbibé de l, et une fois placée elle est ne seringue *ad hoc*; elle est vaginal et reste à demeure

sible d'appliquer ce traite- i a été obtenue en moins de qu'à présent, la durée du semaines, et dans plusieurs avec complications d'autre

ois que le processus inflam- cal, l'introduction de nos une nouvelle difficulté qui

er, à Bienne, Suisse,

tient à la forme même de la cavité utérine. Nous n'avons aucune certitude d'atteindre réellement la muqueuse utérine sur toute sa surface, soit avec une sonde ordinaire, soit avec le porte-ouate, soit même avec la sonde de Braun ou avec celle à double courant de Fritsch-Bozemann, de petit calibre; Fehling a démontré nettement que ce dernier instrument ne remplissait pas ce but.

Je dois à l'initiative de M. le prof. Rossier, l'excellente idée de me servir précisément du procédé de Fehling pour prouver qu'il n'en est pas de même avec l'instrument que je me permets de recommander. Cet instrument est identique à celui que j'ai décrit précédemment; il est seulement plus long de 2 à 3 cm. et nécessairement recourbé comme le sont les instruments destinés à être portés à l'intérieur de la matrice.

Pour vérifier si, par son intermédiaire, le médicament entre réellement en rapport avec toute la surface de la muqueuse, nous avons procédé ainsi : Nous avons muni l'instrument d'un tampon de ouate imbibé de ferrocyanure de potassium et l'avons introduit, ainsi préparé, dans une matrice (pièce anatomique due à l'amabilité de M. Stilling). L'instrument étant en place, nous avons de nouveau avec une seringue imbibé la ouate d'une solution de chlorure ferrique. Toutes les parties touchées par ce mélange ont été colorées avec intensité au bleu de Prusse. La coloration portait en réalité sur toute la muqueuse, et après la coupe transversale de la matrice, cette muqueuse apparut teinte en bleu jusque dans ses plus fins replis.

BARTHOLINITE. — Le seul traitement de la bartholinite parenchymateuse, appliqué jusqu'ici à ma connaissance, est l'extirpation de la glande ou les cautérisations profondes qui tendent au même but, la destruction du parenchyme malade.

En partant du point de vue que si la prostatite gonorrhéique de l'homme, en tant que parenchymateuse, peut être guérie par des massages (ce dont j'ai eu plusieurs centaines de fois la preuve), j'ai pensé que la bartholinite devait être curable par le même procédé. J'ai donc tenté le traitement de cette affection par des massages journaliers suivis d'applications au niveau des canaux excréteurs, c'est-à-dire dans les replis labiaux, d'ichthyol pur, ce médicament étant celui qui adhère relativement le plus facilement. Après cinq à six massages, la sécrétion devenait minimale, mais cette sécrétion, quoique

nt à charrier des gonocoques et
u entre les séances de massage
ais en la patience de pousser ce
e préférerais, les gonocoques ayant
n finir rapidement aussi avec les
de Bartholin.

r arriver en une séance en sui-
jection d'après la méthode de
ux avec l'électrocautère à partir
jusqu'à la glande même, en cau-
fondeur. Dans six cas où j'ai eu
méthode, il ne reparut pas de

intense chez la fillette, moins
dulte, elle sera traitée par des
la malade elle-même deux fois

oyer pour cela me parait être
soit dit deux mots. Ce liquide
ue notre arsenal thérapeutique
niers temps offert bien peu de
être en première ligne énergi-
être inodore, ne pas tacher le
xique et être bon marché.

aru le mieux satisfaire à toutes
ême cet agent comme une pré-
our l'usage de la femme (malade
eptiques sont reconnues¹. Son
pas plus que le lysol à concen-
itation des tissus qu'il produit
ent) est bien moins persistante.
st nullement toxique, il est un
coûteux.

par ses qualités astringentes.

les statistiques publiées à son
s.

fondément atteint (chez de très
les petites filles) demande une
ome ailleurs, quand il s'agit de

10. *Therap. Monatsh.*, 1903, XVII,

gonococcie, les *sels d'argent* surpasseront de beaucoup en valeur tout autre médicament. L'incompatibilité entre l'argent et la gonococcie est presque aussi prononcée qu'entre le mercure et la syphilis.

MARCHE DU TRAITEMENT. — Quant au temps propice pour le début du traitement local, en ce qui concerne l'urètre l'on ne peut commencer trop tôt. Dans plusieurs cas traités dès la période suraiguë, à un moment où la malade voyait du sang apparaître après la miction, les applications, un peu douloureuses les premières fois, n'en ont pas moins eu *de suite* un effet visiblement salutaire.

Quant au col, il me paraît prudent de se contenter, pendant trois ou quatre jours, de le nettoyer avec de légères injections allant jusqu'à l'orifice interne, et de ne commencer les tamponnements que lorsque l'inflammation est un peu calmée.

De même, *mutatis mutandis*, pour l'endométrite du corps.

Quand le museau de tanche est ulcéré, une cautérisation de toutes les parties malades accessibles au cautère, *dès le début* du traitement, m'a paru amener une guérison beaucoup plus rapide que lorsqu'on réserve cette intervention pour plus tard.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Si certains auteurs nient aussi catégoriquement la fréquence de l'urétrite chez la femme (Zeissl, 8 % ; Lewin, 3,8 % ; Sigmund, 50 %) cela provient, me paraît-il, uniquement d'une observation insuffisante et imparfaite.

L'épithélium de l'urètre féminin se prête en effet moins bien que celui de l'homme au développement du gonocoque, l'urétrite se guérit souvent spontanément, mais souvent aussi elle devient chronique, latente, et le gonocoque continue pendant un temps indéterminé à végéter sans plus donner lieu à aucune réaction inflammatoire, soit dans l'intérieur de l'urètre, soit dans les follicules intraurétraux du méat ou périurétraux (follicules de Skene). L'observateur qui se bornerait donc à diagnostiquer une urétrite gonorrhéique là où une goutte de sécrétion serait perceptible au méat urinaire aurait toutes les chances de laisser passer inaperçus grand nombre de cas de cette affection.

Il est vrai, non seulement pour l'urètre, mais en général pour toutes les localisations de la blennorrhagie latente chez la femme, qu'un diagnostic sûr n'est pas possible sans microscope.

Les fleurs blanches, par exemple, ne sont nullement un

1
blennorrhagie du col utérin. J'ai
où la blennorrhagie du mari
en de la femme, chez des sujets
rappant, des gonocoques dans
s'il y eut de sécrétion ni au
je m'explique le fait que des
ficats de santé tout récents,
équemment la blennorrhagie.
de blennorrhagie dans ces six
usous de tolérance, par consé-
équents examens périodiques
nt macroscopiques.

Aspecte de blennorrhagie, nous

en des organes génitaux exter-
des glandes de Bartholin sont
ae), etc., si la glande elle-
. Nous nous assurons si par le
n avant, une goutte perle au
rales et les cryptes muqueux

s voyons s'il y a sécrétion au
sécrétion. En retirant le spé-
rois vaginales nous renseigne

examen microscopique. A cet
avec une anse de platine la
la muqueuse du col.

mes variés ni sur les différen-
née chez la femme ; je ne par-
ons génitales internes qui ne
nt aux affections mentionnées
écrit que je ne saurais le faire
précise par M. le prof. Rossier
ad ; « La blennorrhagie et ses

nécessité de ne jamais se con-
ne quand il s'agit de diagnos-
e femme.

si important dans la famille
u praticien. Si une mère en est

est rare que tôt ou tard ses fillettes en bas âge ne le soient aussi, et il est inutile d'insister sur la gravité du mal. Assez combien est difficile et long le traitement de la blennorrhagie chez les petites filles et, comme le dit avec raison M. Lannelongue, combien de femmes doivent à une ancienne blennorrhagie méconnue ou négligée, la perte de leur santé à toute leur vie de souffrances.

Je termine en terminant quelques unes de mes observations :

-- Nullipare, 21 ans. Aspect très débilité. Tuberculose avancée. Blennorrhagie aiguë datant de quinze jours. Se présente à la consultation le 17 mars.

Après une incubation de trois jours, forte sensation de brûlure. Parties génitales externes tuméfiées et douloureuses. Sécrétions abondantes.

Vulve uniformément rouge et enflammée. Urètre siège d'une abondante sécrétion présentant au microscope des gonocoques en abondance; miction douloureuse à la palpation; urine sans pus. Les deux portions sont troubles, pus et gonocoques dans les glandes de Bartholin tuméfiées; le massage des deux côtés en fait sortir un pus crémeux abondant renfermant des gonocoques en abondance; col ulcéré donnant issue à du pus glaireux (glandes du col); utérus rempli de pus liquide (cavité utérine) renfermant l'un et l'autre des gonocoques; vagin légèrement rouge et ulcéré.

Le 18 mars, tamponnement deux fois par jour de l'urètre, du col, du corps utérin. Lavages de la vessie au protargol 1 %, du vagin au bichromate de potasse. Massage des glandes de Bartholin des deux côtés.

Le 19 mars, le tamponnement ne donne plus de pus, des examens microscopiques ne montrent plus de gonocoques non plus que dans l'urine. Les glandes de Bartholin ne donnent plus au massage qu'un liquide muqueux; celui-ci renferme encore des deux côtés des gonocoques. Le 20 mars, il reste presque sec d'une séance de traitement à l'autre.

Le 21 mars, le col paraît guéri, pas de gonocoques dans la préparation; ceux-ci sont encore très nombreux dans la sécrétion des glandes de Bartholin; pour en finir avec cette dernière localisation, les injections de liquide de Schleich et cautérisation progressive; interruption du traitement.

Examen général de contrôle: Plus de gonocoques nulle part. Contrôle par examen: Guérison de la blennorrhagie.

— Nullipare, 28 ans. Infection gonococcique datant de

de quatre jours, sensation de brûlure en

est frappant à l'examen macroscopique.
méat urinaire, peu de fleurs blanches.
r. — *Speculum* : Bouchon de pus mu-
le pus liquide. — *Microscope* : Gono-
dans le pus du col. Les autres organes

rier. La malade se fait journellement
ne; deux fois par jour tamponnements

oques. Traitement du col interrompu

t du col, continué jusqu'à cessation de

Plus de gonocoques nulle part.
atif.

. Infection gonorrhéique datant de six

mis six jours en urinant. Mictions très
gouttes d'urine fortement teintées de
miction. *Pas d'autres symptômes.*

tuméfaction de la vulve. L'urètre dé-
ent mélangé de sang. Vagin rouge non
Bartholin normale à droite, tuméfiée à
. Examen microscopique : *Gonocoques*
tholin droite.

inements de l'urètre et du col. Lavage
de la glande de Bartholin. La malade
vaginaux chauds au lysoforme 1 % et
38°.

deux portions de l'urine sont claires.
urètre est interrompu.

tion provocatrice dans l'urètre et dans
de Bartholin (à la cocaïne).

artout négatif.

artout négatif.

ésentent en somme des cas iden-
narquer que le cas qui a demandé
ait précisément le plus frais; la
tement *local* se trouvait dans la
quent, si les partisans de la mé-

thode classique avaient raison, le traitement local n'eût pas dû être entrepris avant une ou deux semaines, et à ce moment là la malade était guérie.

Il me paraît utile de faire remarquer qu'il ressort de ces observations que ces malades ne se plaignaient toutes que d'un seul symptôme : la sensation de brûlure lors de la miction. Une femme infectée sans que l'urètre participe à l'inflammation, ou sans que cet organe soit *très* douloureux, ne se doute donc jamais qu'elle est malade, et ne se soigne pas. Ce fait explique pourquoi l'ophtalmie des nouveau-nés est si fréquente, si redoutable et si redoutée.

Je ne veux pas allonger cet article en rapportant d'autres cas à peu près semblables ; j'en mentionnerai seulement encore quelques uns présentant quelques particularités spéciales :

Ainsi l'observation XXVII concerne une fillette de 9 ans, dont le vagin présentait une des localisations les moins faciles à guérir, tandis que je n'ai vu chez aucune femme adulte le vagin participer à l'inflammation.

L'observation XXIX concerne une jeune femme qui présentait au bout de deux ans environ de maladie, des colonies de gonocoques virulentes dans différents organes et un énorme pyosalpinx. Elle guérit sans opération, et accoucha sans accident une année après sa guérison.

L'observation XXX, se rapporte à une jeune femme de 24 ans, chez laquelle la blennorrhagie n'atteint pas les annexes ; six mois après sa guérison, fausse couche de deux mois.

Obs. XXXIII. — Jeune femme de 24 ans. Endométrite du corps. Salpingite peu intense, ne donnant lieu à quelques manifestations douloureuses que lors de la menstruation. Les dernières règles coïncident avec le jour de l'examen de contrôle ; la malade ne présentait plus de gonocoques dans aucun organe depuis huit jours à peu près, et le traitement était déjà terminé depuis une semaine. Les règles étant douloureuses, je lui recommande le laudanum et des compresses chaudes.

Après sept jours les règles terminées, la fosse iliaque gauche restant très sensible, consultation avec un confrère qui constate un épaississement de la trompe gauche. Les cataplasmes sont remplacés par la vessie à glace. Soulagement sensible. Disparition des douleurs au bout de trois jours. La malade se lève, se considère comme guérie. Toutefois à la station debout, il lui paraît que quelque chose s'est raccourci dans son hypochondre gauche, elle a de la peine à se tenir bien droite.

Dix jours plus tard je suis appelé un matin, la malade a passé une

tre et fosses iliaques indolores
onnement intestinal prononcé.
ndemain les douleurs n'ayant
ce qu'elle prend, le faciès deve-
la température, je propose la
et exécutée le même soir après

and épiplon, qui pendant la sal-
enflammée, et s'était déchirée
et d'anses intestinales et l'ob-
t ou de vomissements fécaloïdes
après que l'intervention était
us n'avait pas été fait¹.

FAITS

rauche chez un garçon

2.

DEBOUT

Enfants malades

ale de Genève le 5 avril 1905.

ève échéance d'une rechute
umon n'est pas très rare
ant c'est un autre lobe de
en a été faite entre autres
iby, Tordeus, etc. M^{me} Ka-
e sujet (Paris 1899) conclut
ostic de la pneumonie, en
us le coup de l'infection.
e est plus rare ; M. Comby,
Traité des maladies de l'en-
intéressant chez un garçon
it fut atteint trois fois dans
ins doute d'autres observa-

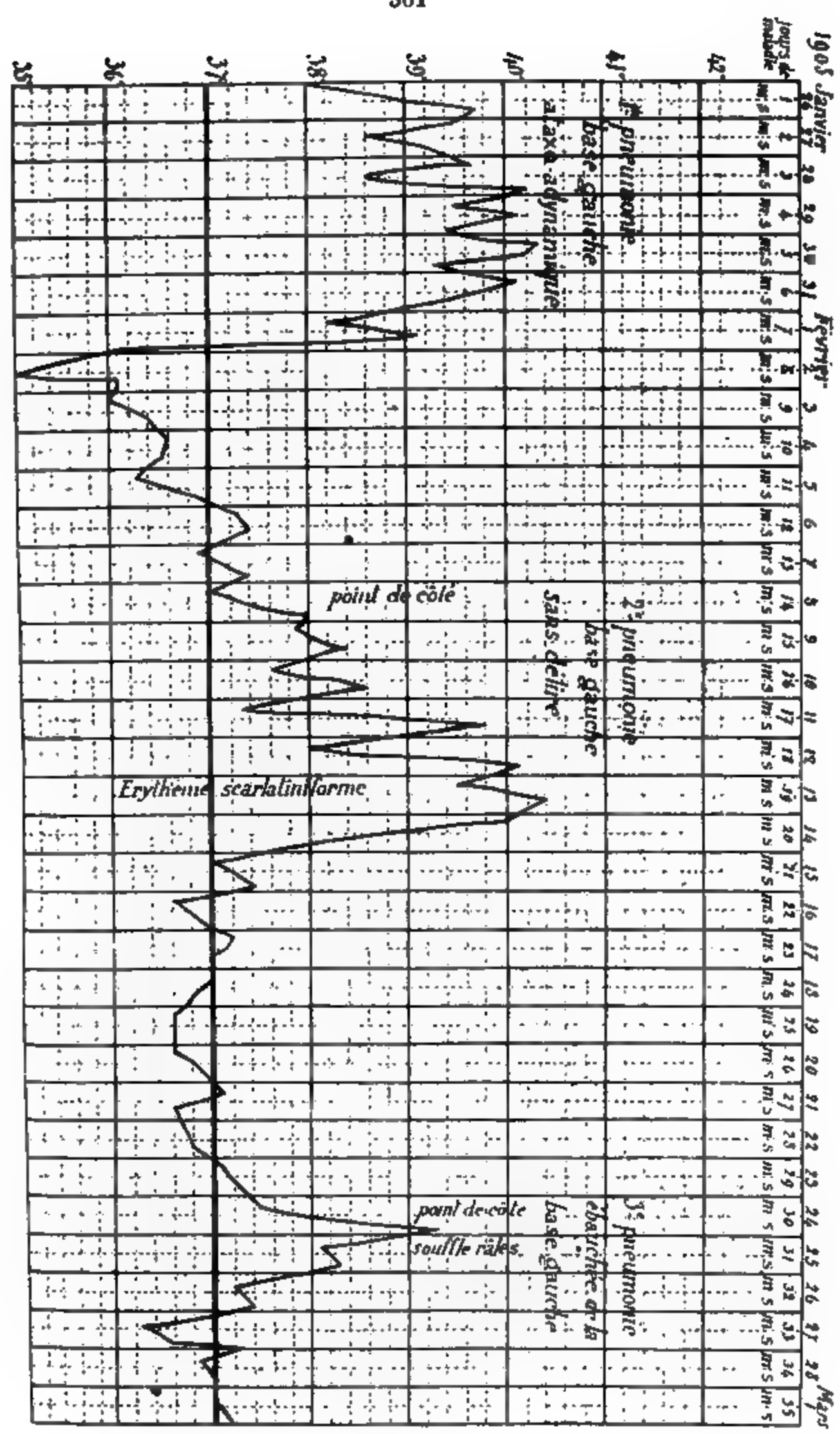
tenso dans le n° du 15 mai der-
er Aerate.

Le tracé thermique ci-contre est tout à fait typique ; il concerne un garçon de 10 ans, habituellement bien portant, qui est pris subitement le 26 janvier 1905, après une partie de luge, d'un violent point de côté à gauche. Peu à peu se développent les signes d'une pneumonie franche de la base du poumon gauche ; nous constatons de la matité, des râles sous-crépitaux fins, puis du souffle tubaire. La température oscille entre 38,6° et 40,3°, suivant la courbe classique. Une otite suppurée double complique la situation, mais la caractéristique de cette première atteinte est un délire continu du 1^{er} au 7^{me} jour, avec ataxo-adynergie intense, le malade voulant se lever et ayant constamment des hallucinations, de la vue surtout. Il ne s'alimente absolument pas, refusant même de boire malgré une forte fièvre, d'où fuligo assez marqué malgré l'hygiène de la bouche. La situation ne paraît pas sans gravité, heureusement le cœur va bien ; le pouls ne dépasse pas 120, la respiration 60 et l'urine ne contient pas d'albumine. Le traitement consiste en bains tièdes, maillots, cataplasmes sinapisés, ventouses sèches, limonade phosphorique, inhalations d'oxygène, hygiène générale et locale des voies respiratoires.

Du 6^{me} au 8^{me} jour crise, avec défervescence en deux fois, d'abord de 40,1° à 38,2°, puis de 39,3° à 35° ; malgré cette chute de plus de cinq degrés, il n'y a ni collapsus ni lipothymie comme on aurait pu le craindre à cause de l'état général. L'appétit revient rapidement et le malade s'alimente, heureusement pour lui, comme le montre la suite des événements. Les signes physiques s'amendent le 9^{me} jour, gros râles de retour et la perméabilité pulmonaire se rétablit. Le 14^{me} jour nous constatons le matin quelques frottements pleuraux, mais le patient ayant eu six jours d'apyrexie semble hors d'affaire. Il n'en est rien.

Le soir même de ce 14^{me} jour survient un point de côté et la température remonte en oscillations ascendantes ; tous les signes d'une nouvelle pneumonie se montrent au même endroit, matité, râles, souffle, etc. La fièvre progresse pendant six jours, ce qui représente depuis le 2 février une augmentation continue de la température pendant douze jours de 35° à 40,4° ; cela donne à la courbe une forme particulière qui contraste singulièrement avec le tracé de la première pneumonie. Au 6^{me} jour de cette deuxième atteinte apparaît un érythème scarlatineux passager sur le tronc et les membres. La crise se fait bien du 6^{me} au 8^{me} jour ; la température tombe de 40,4° à 37° ; le 9^{me} jour râles de retour, puis le souffle disparaît et tout rentre dans l'ordre. Cette deuxième pneumonie a évolué avec un excellent état général sans délire ni ataxo-adynergie.

Mais ce n'est pas la fin ; en effet le 24 février, après neuf jours d'intervalle, soit le 30^{me} jour depuis le début, troisième pneumonie, de la base gauche, ébauchée seulement, il est vrai. La fièvre ne dure que deux jours, mais la maladie en compte quatre. Elle commence par un nouveau point de côté suivi de râles



sous-crépitants fins et de souffle tulaire dans la même région que précédemment. Après la défervescence apparaissent des frottements pendant quelques jours, puis l'état du poumon se rétablit bien. L'état général s'est maintenu satisfaisant. Le garçon entre en convalescence définitive ; il est guéri le 8 mars, 42^{me} jour de sa maladie.

Ainsi donc, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire dans les pneumonies à rechutes, ces trois atteintes ont eu une gravité décroissante : forme ataxo-dynamique pour la première, forme ordinaire de 7 jours pour la deuxième, forme ébauchée de 4 jours pour la troisième. Il semble qu'il est resté dans ce lobe inférieur gauche des pneumocoques en quantité suffisante pour rallumer l'incendie après 6 et 9 jours, mais d'autre part le terrain s'est montré de moins en moins favorable à leur culture et à la production de toxines.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE LA SUISSE ROMANDE

Séance du 12 janvier 1905 à la Maternité de Lausanne

Présidence de M. MURET

M. MURET lit une lettre de M. Beuttner, absent, proposant à la Société de s'occuper sans tarder de la question du *cancer utérin* dans le sens recommandé par le prof. Winter dans différentes publications.

M. BÉTRIX appuie d'autant plus cette proposition qu'il avait lui-même l'intention d'en faire une analogue. M. Winter s'est adressé aux médecins, aux sages-femmes et enfin au public par l'intermédiaire de la presse ; ses publications sont très bien faites et peuvent servir de modèle dans ce genre. Ce sujet rentrant tout à fait dans la compétence de la Société, M. Bétrix propose de nommer une commission pour étudier cette question.

M. Auguste REVERDIN ne saisit pas bien l'utilité de faire intervenir la presse.

M. BÉTRIX : La chose n'est pas facile, en effet, mais après s'être adressé en premier lieu aux confrères et aux sages-femmes, on pourrait très bien s'adresser à tout le monde sous forme d'articles médicaux et attirer l'attention du public féminin sur l'intérêt qu'il y a à ne pas négliger certains symptômes précoces du cancer.

M. ROSSIER a toujours insisté, dans ses cours aux sages-femmes, sur l'importance de reconnaître le cancer le plus tôt possible.

M. Rossier est nommé rapporteur sur la manière dont la Société pourrait s'occuper de cette campagne.

M. Rossier présente deux accouchées de la maternité de Lausanne, toutes deux avec bassin rétréci.

1° Chez la première, il s'agit d'un bassin oblique-ovalaire d'origine inflammatoire du type en partie de Nægele, en partie de Robert. La malade présente des traces de très nombreuses fistules d'origine tuberculeuse. Les cuisses ne peuvent être écartées. Diamètres du bassin : épines iliaques 19 cm., crêtes 22,7, trochanters 30,1, conjugué externe 20. Le conjugué vrai ne pouvait être mesuré avec une certitude suffisante. Présentation pelvienne diagnostiquée par la palpation externe et la radiographie. Dès le début du travail écoulement des eaux et élévation de la température à 38,7, ce qui fait renoncer à l'opération césarienne projetée. Engagement lent du siège, puis extraction d'un enfant de 2270 gr.

2° Bassin plat généralement rétréci. Diamètres : 23, 27,4, 29,4, 17. Conjugué vrai 8. L'accouchement durait depuis 50 heures, lorsque la femme entra à la Maternité. Dilatation comme la paume de la main. Modification manuelle de la présentation pariétale. Dilatation lente. Bains. Le lendemain dilatation complète, mais peu d'engagement. On continue l'expectation en surveillant la vessie et le segment inférieur. Enfin, après 71 heures, accouchement spontané d'un enfant vivant de 3390 gr. Deux petites surfaces profondément nécrosées par compression des pariétaux.

Le Secrétaire : René KOENIG.

Séance du 2 mars 1905 à la Maternité de Genève

Présidence de M. MURET.

Le Président fait savoir que la Société a été inscrite au Registre du Commerce de Genève.

M. ROSSIER introduit la question à l'ordre du jour : *Opportunité d'entreprendre une campagne contre le cancer utérin*. Il propose d'examiner l'une après l'autre les questions suivantes :

1° La lutte contre le carcinome utérin a-t-elle sa raison d'être dans notre pays ?

2° Les médecins, les sages-femmes, le public sont-ils suffisamment éclairés sur ce sujet ?

3° Pouvons-nous reconnaître le carcinome de l'utérus près de son début ?

4° Quel symptôme a le plus d'importance pour le diagnostic ?

5° Comment devons-nous juger de l'opérabilité du carcinome utérin ?

6° Quelle est la meilleure méthode opératoire ?

es sont les mesures à proposer ? Celles préconisées par M. Win-
temple, sont-elles applicables chez nous ?

IER résume ce qui a été dit sur chacune de ces propositions des
dernières années et introduit ainsi la discussion pour laquelle il
son opinion personnelle et ses chiffres de statistique.

ER salue avec joie la proposition d'entrer en lutte avec le canci-
er croit pas les médecins et les sages-femmes suffisamment stylés
ut à fait d'avis de s'adresser au journaux.

x : Il faut commencer par élever le public, la sage-femme et le
Le cancer de l'utérus a une position un peu spéciale par rapport
cancers. Celui du sein qui est cependant très bien placé pour
vert de bonne heure, est très mauvais. Le cancer de l'utérus est
, il hésite quelque peu à franchir les limites de l'utérus ainsi
cer de l'estomac celles du pylore. Le pessimisme régnant pro-
ce qu'on opère généralement trop tard. Il faut effrayer les
lême si les résultats sont décourageants, l'opération procure au
e survie dans une sécurité trompeuse pouvant aller de deux à
'est toujours cela.

DS estime la presse un moyen bien délicat et préférerait y sub-
conférences publiques organisées par la Société.

EA.E approuve la publication dans les journaux et propose de
au public les conclusions des discussions de la Société pour
esprit qui anime ses membres.

roposition de M. Muret, le rapport de M. Rossier est discuté
article.

ET, à propos de l'article 1, croit, comme tout le monde, à l'op-
l'une campagne, mais il se demande si on est pas injuste envers
praticien. Le diagnostic au début est extraordinairement dif-
t possible que les choses soient différentes dans le canton de
e qu'elles sont à Genève, mais à Lausanne, dans un seul des
cer du col traité par M. Muret le médecin n'avait pas examiné.
médecin pêche surtout, c'est dans le cancer du corps. Sur 79 cas
ie après la ménopause, M. Muret a vu 12 cancers du corps,
ets, 8 cancers du col et 2 du vagin.

ER, à propos de l'article 2 comme de tous les autres, fait part de
ersonnelles, qu'il a déposées dans un mémoire publié dans les
Gynécologie et d'Obstétrique et dans une conférence aux sages-
Lausanne. Il insiste sur le rôle des sages-femmes dans les can-
sues.

UG a été lui-même à même de se rendre compte de l'importance
mmes dans le canton de Berne. Il rappelle les conclusions d'un
u'il a publié en 1903 sur cette question du cancer. D'un côté il
ltre le pessimisme des médecins, il faut les pénétrer de l'idée
cer pris au début, est curable. D'un autre côté, il faut agir sur
, trop négligentes et trop portées à admettre des causes natu-

les parties génitales. Il faut les pressurviennent des troubles de la sphère

médicins aussi bien que les femmes. Ceux e la plus discrète serait la publication

public en lui démontrant la curabilité

ennemi, ce sera toujours le public, les examiner.

Genève se trouvent dans des conditions yen d'action sur elles, et à Genève, orps médical.

ies en plein cancer qui était soignées mages-femmes. Les femmes pêchent par e cette façon atténuer le mal que font les

mme doivent-elles ou ne doivent-elles ève, il existe une situation fâcheuse, il inq ans, une commission a été nommée on n'en a jamais plus entendu parler.

à un grand pas en éliminant de la gy-La gynécologie n'a consisté que trop m dans le vagin et à appliquer sur le

3 relatif au diagnostic, attire l'atten-et de l'excision exploratrice.

pousser des confrères inexpérimentés à quée que peut être le curettage.

ile à éviter si les médecins envoyaient

ndrem, d'autant plus que pour obtenir rofondément.

défense de la gynécologie, déclare que aucoup diminues par l'anesthésie et par urs à sa clinique, du curettage « bima-faire une excision exploratrice pour

loratrice que 4 fois sur 50 cas.

à la prochaine séance.

Le Secrétaire : René KOENIG.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril à l'École de Médecine

Présidence de M. Auguste DUFOUR, président

50 membres présents.

MM. *Delachaux*, de Château-d'Oex, *Burnens*, de Cheseaux, et *Gaudin*, de Paris, sont reçus membres de la Société.

Le président rappelle le mémoire du Dr *Dumur*, de Chexbres, récemment décédé, qui était le doyen des médecins vaudois. L'assemblée se lève pour honorer la mémoire de ce confrère, dont la vie toute de bonté et de dévouement professionnel, s'imposait au respect de chacun.

Le président souhaite la bienvenue aux Drs *Molière*, de Lyon, et *Merzbacher*, de Strasbourg, qui assistent à la séance.

M. DINB présente un malade souffrant d'*érythème multiforme bulleux*. Le cas est particulièrement instructif et intéressant par la présence de lésions siégeant sur la muqueuse linguale et dont le diagnostic différentiel, n'étaient les lésions cutanées, serait difficile à faire avec l'hydrargyrisme et bien davantage encore avec la syphilis (plaques muqueuses).

M. MURET lit un travail intitulé : *Encore le carcinome de l'utérus*. (sera publié).

M. ROUX, les chiffres de sa statistique hospitalière en mains, dit qu'un tiers des femmes atteintes de cancer de l'utérus qui arrivent à l'hôpital sont inopérables. C'est une proportion énorme, qui montre que chez nous il y a encore beaucoup à faire pour améliorer le sort de ces malades. L'initiative de M. Rossier mérite donc d'être encouragée.

M. ROSSIER indique les chiffres de la mortalité par cancer utérin d'après la statistique fédérale suisse.

M. MORAX expose verbalement au nom de la Commission chargée d'étudier le *projet de Code pénal suisse*, les observations à présenter au point de vue médical. La Commission a eu le privilège d'être éclairée par M. Favez, juge fédéral, un des auteurs de la future loi, qui a bien voulu commenter pour elle, les articles se rapportant à la profession médicale.

Le premier point nouveau pour les médecins vaudois est celui qui concerne le *secret professionnel* (art. 108) inscrit dans la législation de plusieurs cantons suisses; ce secret n'est pas reconnu par la loi vaudoise.

M. Morax, établit tout d'abord la nécessité impérieuse, le devoir catégorique pour le médecin d'être fidèle à ce secret. Puis il démontre qu'il n'y a aucun intérêt pour le médecin à transformer cette obligation morale en une contrainte légale. Le secret médical imposé par la loi expose le médecin seul, et lui enlève toute liberté d'action. C'est lui qui a retardé les progrès de l'hygiène publique en France. La loi française condamne la révélation du secret médical, même lorsque le médecin agit dans l'intérêt de son client, ou sans intention de lui nuire.

de, car l'autorisation donnée par le t professionnel et lui permet soit de nentir des faits erronés.

ant que la loi française, car il fait une le mot *indûment*, qui diminue la

t tort causé par la divulgation d'un blic est suffisamment garanti contre le appression de l'art. 108, ceci dans un alcoolisme, tuberculose).

i qui aura révélé indûment à autrui à tenir secret sera, en cas de plainte, de l'emprisonnement. Les deux peines

propositions de la Commission.

ir et trouve qu'il n'introduit pas dans

article impose le secret professionnel, e garder dans la loi. La majorité des question, se sont prononcés pour la

subsister l'article.

en voit d'autres qui nous protègent

ion, en demandant la suppression de que le médecin rentre dans le droit

alise un progrès. La loi vaudoise en pas la preuve ; il est donc bon que les médecin. Le médecin est protégé à son

mer l'article.

loi qu'on veut nous imposer est une s vaudois se sont fort bien trouvés secret professionnel dans le Code. Il icle.

de MM. Taillens et Krafft.

M. le juge fédéral Favez, d'assister à avec lui l'article tant incriminé. Il t se déclare insuffisamment renseigné

ix médecins » que l'on demande leur ous gagnerions à entendre celle d'un

votation intervienne ce soir, car on

attend notre réponse à Berne. Il rappelle que M. Favez a déjà été entendu par la Commission, et que le juriste se place à un point de vue différent de celui du médecin.

M. SCHRANTZ demande ce que M. Favez a répondu aux arguments de la Commission.

M. KRAFFT répond que M. Favez s'est borné à faire une conférence, mais qu'aucune discussion n'a eu lieu.

M. JAUNIN est d'avis que si la loi est une loi d'exception, le médecin est dans une situation tellement exceptionnelle, qu'il peut la supporter.

M. ROSSIER propose le renvoi de la discussion à une séance extraordinaire, à laquelle on convoquerait M. Favez.

M. ROUX est d'accord pour supprimer l'article qui ne précise rien. Au surplus, il ne voit l'utilité du secret professionnel, que pour permettre au médecin de se défendre contre les juges. Il ne voit pas la nécessité d'entendre M. Favez, et fait remarquer que pour une fois que l'on nous demande notre opinion sur une question professionnelle, nous devons saisir l'occasion d'y répondre sans nous laisser influencer par les considérations d'un juge.

M. FÉLIX : Le mot *indûment* est le pivot de l'article. Il serait utile de savoir la signification que les juristes donnent à ce mot.

MM. MORAX, ROUX, DIND, KRAFFT et BONJOUR prennent encore la parole sans apporter d'éléments nouveaux à la discussion, qui devient confuse.

Le président, pour clore le débat, met aux voix la suppression du rétablissement du secret professionnel tel que le voudrait l'art. 108 de l'avant-projet du Code pénal fédéral.

Par 23 voix contre 8, la Société émet le vœu que l'art. 108 soit supprimé.

M. MORAX mentionne ensuite d'autres articles du futur Code pénal. L'article 104 concernant la dénonciation des délits, se retrouve dans toutes les législations. Il pourrait être modifié par l'adjonction des mots suivants : « Ne sera pas puni si des *relations civiles ou professionnelles* avec... »

La conduite du médecin n'est pas facile à tracer en cas de délit. Ainsi dans un avortement le médecin gardera le secret à sa cliente ; il ne dénoncera l'avorteur ou l'avorteuse qu'avec le consentement de l'opérée, ou lorsque l'action juridique ne peut avoir aucun dommage pour elle.

L'article 64 du projet exposerait les gynécologues s'il n'était pas modifié par l'adjonction, après manœuvres abortives, des mots : *non justifiées par des raisons d'ordre médical*.

La Commission demande la suppression de l'art. 118 qui facilite le chantage.

Elle demande un changement de rédaction à l'article 143, concernant les maladies offrant un danger général ; le mot *dangereux* serait supprimé et on écrirait : *maladies contagieuses ou épidémiques*. On pourrait faire rentrer dans cette rubrique les maladies vénériennes (syphilis, chancre

)

r l'art. 76 qui soulève des protesta-
reuse innovation. Cette disposition
. C'est le premier pas vers la règle-
l'homme et de la femme publique.
rticles nouveaux favorables à l'hy-
la loi jusqu'à 16 ans. La Commis-
la Société des femmes suisses qui
ait portée à 20 ans (âge de majorité)
es).

s. combien il est illogique de déclai-
ctes à 16 ans seulement, si elle ne

espère qu'on le maintiendra tel quel

e Secrétaire : Dr Aug. LASSUEUR

LE DE GENÈVE

à l'Hôpital Cantonal

UTIER, président.

ité délègue un médecin chargé de
nce sur l'épidémie de rubéole qui sé-

aire ce sujet.

eints d'atrophie musculaire :

24 ans, très robuste, qui, sans aucun
'est aperçu à son réveil le 29 janvier
ilement son bras droit. Depuis lors
s. On constate une notable diminu-
pineux, le grand pectoral, le biceps,
ateur du côté droit. Le membre su-
s et les sphincters sont intacts. Il
ni troubles de la sensibilité dans le
ix y sont normaux. On n'y observe
men des réactions électriques des
grité de la contratilité faradique et
tratilité au courant galvanique avec
tribution de cette parésie atrophique
pe le territoire des cinquième et
n n'indique que la lésion soit radicu-

plutôt que médullaire ; avec la première localisation il pourrait s'agir d'un processus inflammatoire ayant altéré ces racines et produit des paralysies motrices à l'exclusion de tout symptôme sensitif, subjectif ou objectif. Dans la seconde hypothèse on pourrait supposer une atteinte légère de la myélite antérieure limitée à la partie droite des deux segments C₅ et C₆ de la moelle cervicale ; le pronostic serait alors plus réservé. L'évolution ultérieure de ce cas éclairera le diagnostic ; jusqu'à présent il n'y a aucune amélioration ¹.

Le second malade présente une forme progressive d'atrophie musculaire du membre supérieur gauche. Cette atrophie a débuté il y a environ 10 ans chez un cultivateur âgé de 42 ans. Elle occupe les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main ; le deltoïde est à peu près indemne, le grand pectoral est faible. Il est à noter que les muscles du bras sont beaucoup plus pris que ceux de l'avant-bras et de la main et on voit des contractions fibrillaires sur le biceps, le triceps et le deltoïde. Les réflexes olécranien et radiaux sont faibles de ce côté. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité. Les réactions électriques ne montrent qu'une légère et simple diminution de contractilité galvanique sans réaction de dégénérescence. On peut supposer ici une poliomyélite chronique progressive ou une atrophie myopathique. En faveur du premier diagnostic on peut invoquer les contractions fibrillaires, en faveur du second la faible altération des réflexes électriques et la prédominance vers la racine du membre ; mais on ne peut se décider pour l'un ou pour l'autre, les caractères nettement caractéristiques d'autres formes myélopathiques et myopathiques de l'atrophie musculaire progressive ayant beaucoup perdu aujourd'hui de leur valeur. J.-L. REVERDIN présente un malade auquel il a fait la résection du doigt index, il y a 2½ ans, pour arthrite tuberculeuse. Le malade opéré par le docteur d'Ollier mit trois ans à guérir définitivement. Actuellement l'état fonctionnel de la main est satisfaisant, bien que la croissance du membre soit un peu entravée.

GUDER désire provoquer, au sein de la Société, une discussion à propos d'une malade enceinte et atteinte de laryngite tuberculeuse. Le pronostic de ces cas là est en général très mauvais. Il s'agit ici d'une malade, septième mois de sa grossesse, complètement aphone depuis huit jours.

La gêne respiratoire remonte à deux mois et la dyspnée est aujourd'hui très intense. L'auscultation révèle des lésions minimales au sommet des poumons. L'état du larynx vu au laryngoscope est très mauvais. La sténose nasale a beaucoup augmenté depuis quinze jours. M. Guder rappelle à ce propos les statistiques de Lewy, Goldskesen et Sokolowsky qui toutes contribuent à assombrir le pronostic. Que doit-on faire dans ce cas là ? Faut-il

Dans la suite, l'amélioration s'est produite d'une façon très rapide ; à la huitième semaine, la force musculaire des muscles parésés a reparu. Le 7 avril les réactions électriques étaient presque normales. Après la sortie du malade la guérison s'est confirmée. Il s'agissait donc d'une névrite motrice à localisation radiculaire.

or d'améliorer l'état du larynx, état plus fâcheux, ou faut-il attendre et attendre ?

qui eut lieu à ce sujet au Congrès de mais intervenir et de ne pas faire si provoqué est de nature à faire beaucoup plus rapide.

ologues qui est en faveur de la trachéotomie.

d'après l'âge de la grossesse. A par- de l'accouchement prématuré est ent à terme ; il se rend à l'avis de

cas l'accouchement au début de la marche de la tuberculose laryngée, la vie est problématique et la santé

dyspnée de sa malade obligera à la pers. Toute la question est de savoir éter ou à suspendre la marche de la

ie pratiquée actuellement ne ferait

tion de l'état du larynx par l'accou-

ation.

lose prend, en général, une marche sère la trachéotomie qui laisse repo- que l'accouchement se fasse vite et tion à la dilatation de Bossi, en tous

ant :

ze ans un passé vésical pathologique. de goutte militaire, symptômes de plus tard uretrotomie interne. En tiques : l'une par le rectum, l'autre ie rétention complète de l'urine ; le res et même plus souvent. Grosse calibre normal de l'urètre, une sonde xstacle jusque dans la vessie ; urine e. Dans ces conditions le diagnostic hypertrophie prostatique et proba- n soupape. A la cystoscopie, prati- de derrière l'orifice uretral interne ence d'une ulcération. La nature de

cette dernière reste entièrement incertaine; mais la découverte de cette ulcération ajoute à l'incertitude du diagnostic.

La prostatectomie périnéale projetée d'abord est remplacée par la taille hypogastrique. A l'ouverture de la vessie on trouve à la place reconnue par la cystoscopie une ulcération, irrégulièrement arrondie, à bords francs, nullement infiltrés.

Le fond de cette ulcération communique avec un canal, se dirigeant en bas et en avant dans la région prostatique; un instrument introduit par ce canal pénètre jusqu'au niveau du périnée, où on le sent à travers la peau. Une sonde introduite par l'orifice urétral externe pénètre dans la vessie à travers le canal et l'ulcération sus-mentionnés. Il s'agit donc d'une *fausse route perforant la vessie* à 1 $\frac{1}{2}$ cm. environ en arrière de l'orifice urétral interne. Le pan de chair séparant la fausse route de l'urètre est détruit au thermocautère; à travers une contre-ouverture, pratiquée au périnée un drain, flanqué d'une mèche de gaze iodoformée, est introduit jusque dans la vessie. Suture de l'incision hypogastrique.

Suites opératoires simples: Guérison par première intention de la taille hypogastrique. Le drain périnéal est retiré au bout de huit jours; l'opéré est sondé quatre fois dans les 24 heures; dans l'intervalle des cathétérismes, il commence tout de suite à uriner spontanément; l'urine passe en partie par l'orifice urétral, en partie par l'ouverture périnéale; cette dernière est cicatrisée au bout de trois semaines. L'opéré conserve à ce moment encore un léger degré de cystite, mais urine facilement, avec un bon jet et peut retenir l'urine de trois à quatre heures. Depuis deux mois la guérison s'est maintenue parfaite.

M. GIRARD présente deux malades:

1^o Une fillette de 8 ans atteinte de *destruction syphilitique du nez*; une syphilis congénitale a détruit chez elle le squelette osseux du nez et une grande partie de la cloison cartilagineuse ainsi que les téguments de la région supérieure du nez où une large ouverture fait communiquer les fosses nasales directement avec l'extérieur. L'opération que se propose de faire M. Girard est la rhinoplastie d'après Fr. Koenig.

2^o Une femme de 35 ans laparotomisée trois semaines auparavant pour une *grossesse extra-utérine*. L'ouverture de la cavité abdominale a été faite par une *incision transversale* comprenant toute l'épaisseur de la paroi (peau, muscles droits abdominaux avec leurs gaines et péritoine) avec ligature des vaisseaux épigastriques inférieurs. La suture musculaire n'a pas offert de difficulté. La réfection de la paroi abdominale est excellente, très ferme; les contractions des muscles droits suturés se font avec autant d'énergie qu'auparavant. M. Girard pense que ce procédé de laparotomie, dont il a pu dans un cas vérifier la solidité de fermeture après deux ans, est appelé à remplacer l'incision longitudinale dans un grand nombre d'indications.

M. JUNOD cite le cas d'une femme opérée par M. Patry pour une grossesse extra-utérine, au moyen d'une incision semblable. Actuellement

la nouvelle grossesse qui marche

ce d'une enfant de 8 $\frac{1}{2}$ ans, opérée
plus de figues et de groseilles.

1 :

émité buccale d'une petite lampe

tres fécales.

pour la mesure des tensions arté-

nt d'une femme qui s'était plantée
en extension immédiatement sans
que l'aiguille s'était placée dans
articulation.

secrétaire : Dr Charles JULLIARD.

avril 1906

GAUTIER, président.

de deux membres de la Société,
lève en signe de deuil.

la Société.

tion entre la Société médicale et
pour la remise des périodiques.

on d'un cas de *pneumonie à double*

érapentique employée lors de la

s tièdes à raison de trois à cinq en

es de l'auscultation entre les re-

aque fois disparu.

ristique dans ce cas c'est que ces
ême localisation (base du poumon

mentée et pleine d'intérêt sur les
rue).

la communication de M. Gautier,
nant de sa collection de portraits
une très belle miniature de Mus-
ait de la Bibliothèque publique
ouches que ce portrait célèbre a

Le Secrétaire : Dr F. Guyot.

BIBLIOGRAPHIE

D^r Emile BERGER. — Considérations générales sur les rapports de la pathologie oculaire avec la pathologie générale. Extrait de l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie* publiée sous la direction de MM. Lagrange et Valude. Paris, 1905, O. Doin.

Nous avons parlé ici-même de l'important ouvrage publié il y a treize ans par M. Emile Berger sur les *Maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale*¹. Le travail récemment paru dans l'*Encyclopédie ophtalmologique* en voie de publication en est comme une deuxième édition considérablement abrégée (205 pages au lieu de 457), mais enrichie malgré cela d'une grande quantité de faits nouvellement observés. Pour n'en citer que quelques exemples, la doctrine des toxi-infections et celle des auto-intoxications, qui retentissent si souvent sur l'appareil visuel, ont fait beaucoup de progrès depuis lors, aussi le chapitre sur les maladies bactériennes et les auto-intoxications est-il un des plus développés dans le nouveau livre de M. Berger. Il en est de même de ce qui concerne les relations toujours plus importantes et mieux étudiées entre les yeux et les maladies du système nerveux, surtout au point de vue des localisations. Le livre que nous annonçons constitue donc un répertoire clair, complet et très condensé des rapports innombrables existant entre la pathologie oculaire et celle des autres parties de l'organisme. Il est appelé comme tel à rendre autant de services aux cliniciens et praticiens qu'aux ophtalmologistes. HALTENHOFF.

Jean GALEZOWSKI. — Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux ; un vol. in-8° de 152 p. avec 3 pl. Paris 1904, F. Alcan.

L'auteur expose les rapports étroits qui existent entre l'œil et les centres nerveux ; le nerf optique est un prolongement de la substance cérébrale, aussi les lésions des centres nerveux, moelle et encéphale, ont-elles très souvent une répercussion sur les nerfs optiques et sur la rétine. Ce sont ces altérations du nerf optique qu'a étudiées M. J. Galezowski ; il a cherché leur fréquence dans les plus importantes des maladies organiques du système nerveux central ; il a décrit leur évolution et leur symptomatologie. Il s'est attaché à donner une description exacte du fond de l'œil dans les divers cas qui peuvent se présenter, et il a voulu montrer les différences qui existent entre les différentes sortes d'atrophies des papilles : atrophie du tabès, de la sclérose en plaques, de la paralysie générale, et atrophies consécutives à une inflammation du nerf optique. De même il a voulu séparer les unes des autres les diverses sortes de

¹ Voir cette *Revue*, 1893, p. 328.

de la méningite simple, de la méninge cérébro-spinale, et la stase papillaire, intracrâniennes. Enfin, il a étudié les ent se produire, rarement il est vrai, en couleur réunies en trois planches, de la papille: atrophies, névrite, stase

1 traité de médecine et de thérapeutique. 255 p. avec 8 fig. — Fasc. 3, un vol. Paris 1905, J.-B. Baillière et fils.

Le présent numéro la nouvelle édition de fascicule qui vient de paraître est confiée à la plume de MM. Auché, Surmont, Leret et Thoinot. Le troisième rédigé par Raute de la fièvre typhoïde a subi d'importantes modifications introduites par le séro-diagnostic.



NOTES

Il est au moment de mettre sous presse la notice sur Hermann ISLER, instructeur en chef décédé subitement à une affection cardiaque à l'âge de 41 ans; il avait succédé à un collègue qui y avait fait vivement apprécier par son dévouement et ses associations au deuil que provoquera sa mort si regrettable.

La séance annuelle s'ouvrira le 27 mai prochain au Palais des enfants, à Zurich. — *Ordre du jour* par le Dr DE MURALT.

Les collègues et élèves de M. S. Pozzi ont constitué une commission au distingué professeur à l'occasion du Congrès de Chirurgie et de sa promotion à la Légion d'honneur. L'exécution de ce projet est confiée au Chapelain. Le chiffre de la cotisation de fr. 25 donne droit à une médaille d'or avant la fin de l'année 1905. La date du 15 juin 1905. Les cotisations sont reçues à 20, Boul. Saint-Germain, à Paris. Le 22, 232, Boul. St-Germain, Paris.

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en Avril 1905.

Argovie. — D^r B. Streit, fr. 20 ; E. Eichenberger, fr. 20 ; A. W. Münch, fr. 15 ; P. Ruepp, fr. 10 ; Anonyme, fr. 100 ; Keller, fr. 20, (185+170=355).

Appenzell. — D^r H. Zellweger, fr. 2, (2+10=12).

Bâle-Campagne. — D^r Augustin, fr. 10 ; J. Thommen, fr. 10 ; A. Wannier junior, fr. 15, (35+60=95).

Bâle-Ville. — D^r B. M., fr. 20 ; M. Bider-Stähelin, fr. 20 ; A. Breitenstein, fr. 20 ; F. E. fr. 20 ; Prof. E. Enderlen, fr. 20 ; G. Gisler, fr. 10 ; H. à W, fr. 30 ; C. H. fr. 30 ; Prof. A. Jaquet fr. 20 ; J. Karcher, fr. 10 ; E. Markees, fr. 20 ; R. M. fr. 50 ; C. F. Meyer, fr. 20 ; M. A. fr. 10 ; E. W. fr. 25 ; E. Veillon, fr. 20, (345+300=645).

Berne. — D^r Prof. Dubois, fr. 50 ; Th. Kocher junior, fr. 20 ; Prof. Th. Langhans fr. 20 ; Prof. P. Niehans fr. 25 ; W. Ost. fr. 10 ; von Salis, fr. 10 ; A. Strelin, fr. 10 ; E. Wagner, fr. 10 ; v. Werdt, fr. 20 ; P. Fetscherin, fr. 10 ; A. Baumgartner, fr. 10 ; R. Gerster fr. 10 ; F. Minder, fr. 10 ; A. Seiler, fr. 10 ; E. Le Grand, fr. 10 ; E. Liechti, fr. 10 ; von Lerber, fr. 10 ; R. Stucki fr. 10 ; E. Schwander, fr. 10 ; G. Glaser, fr. 20 ; J. Reber, fr. 10 ; Niehns, fr. 10 ; Koenig, fr. 10 ; J. Stähli, fr. 10 ; F. Ruch, fr. 10 ; A. Müller, fr. 20 ; H. Hopf, fr. 10 ; K. Schwander, fr. 20, (395+395=790).

Fribourg. — Société fribourgeoise de médecine, par M. le D^r Crausaz, fr. 50, (50).

St-Gall. — D^r A. Diem, fr. 20 ; C. Reichenbach, fr. 20 ; Weiss, fr. 10 ; Hartmann, fr. 10 ; Soc. des méd. du Rheinthal, par D^r F. Schelling, fr. 50 ; J. Schönenberger, fr. 10 ; O. Bolleter, fr. 10 ; A. Senn, fr. 20, (150+305=455).

Genève. — D^r Prof. P.-L. Dunant, fr. 20 ; A.-L. Dupraz, fr. 10 ; Gautier, fr. 50 ; A. Jeanneret, fr. 10 ; P.-L. Ladame, fr. 10 ; E. Lardy, fr. 20 ; Maillart, fr. 10 ; (130+330.40=460.40).

Grisons. — D^r Römisch, fr. 20 ; Denz, fr. 20 ; Scarpâtetti, fr. 10 ; F. Yossen, fr. 10 ; A. Nebel, fr. 10 ; Peters, fr. 10 ; Hitz, fr. 10 ; E. Albirici, fr. 10, (100+170=270).

Lucerne. — D^r Genhart, fr. 10 ; N., fr. 50 ; N. Rietschi, fr. 5 ; F. Stocker, fr. 50 ; A. Meyer, fr. 10 ; E. Bärri, fr. 10 ; J. Naef, fr. 10, (145+90=235).

Neuchâtel. — D^r L. Bacharach, fr. 10 ; F. de Quervain, fr. 10 ; Morin fr. 50 ; Ribaux, fr. 5 ; E. Trechsel, fr. 10 ; A. de Pourtales, fr. 20 ; M. Dardel, fr. 5, (110+30=140).

Schaffhouse. — D^r H. Bertschinger, fr. 10, (10+5=15).

Schwyz. — D^r M. Müller, fr. 2.50 ; J. Vonmoos, fr. 10 ; F. Kalin, fr. 10, (22.50+30=52.50).

Soleure. — D^r H. Wyss, fr. 10 ; Bott, fr. 10 ; Gloor-Largiadèr, fr. 10 ; P. Pfachler, fr. 25, (55+50=105).

Tessin. — D^r A. Pelli, fr. 20, (20+10=30).

Thurgovie. — D^r Debommer, fr. 20, (20+195=215).

Vaud. — D^r J. Mack, fr. 10 ; O. Heer, fr. 10 ; Roux, fr. 100 ; A. Weith, fr. 10 ; H. Carrard fils, fr. 20 ; F. Schärer, fr. 10 ; H. Zbinden, fr. 20, (180+205=385).

Zürich. — D^r A. Knaus, fr. 10 ; Th. Kälin, fr. 10 ; G. Grob, fr. 10 ; F. Paravicini, fr. 20 ; Th. Oehninger, fr. 10 ; Frey, fr. 10 ; A. Frick, fr. 10 ; Th. Brunner, fr. 10 ; J. Nadler, fr. 20 ; O. Lutz, fr. 15 ; Anonyme fr. 20 ; G. Bindschedler, fr. 5 ; M^{lle} A. Heer, fr. 20 ; K. Moosberger, fr. 10 ; Prof. Schlatter, fr. 20 ; W. Schulthess, fr. 10 ; E. Schwarzenbach, fr. 5 ; (215+680=895).

Compte pour divers. — Anonyme, fr. 100, (100+1097.20=1197.20).

Ensemble fr. 2269.50. Dons précédents de 1905, fr. 4182.60.

Total, fr. 6452.10.

Bâle, le 1^{er} Mai 1905.

Le Caissier : D^r P. VON DER MÜHLL
Aeschengraben, 20

20 JUIN 1905.

MÉDICALE E ROMANDE

ORIGINAUX

hysiologique chaude dans le les ulcères

J. VEYRASSAT

nique chirurgicale de Genève.

IGRAPHIQUE

mineuse appliquée à la thérapeutique.

rature sur les animaux à sang chaud.
390.

r animale, sur les effets de la chaleur

igothérapie. *Indépendance médicale.*

e chaud. *Presse médicale*, 26 décem-

u. *De la pratique dermatologique.*

ionnaire Jaccoud.

e la température chez les animaux à
Jeneden, 1882.

trison des grands ulcères de jambe,
v. de chir., 1886, p. 508.

par l'emploi du calorique rayonnant.

le son influence thérapeutique. Paris,

pie der Hautkrankheiten. *Handbuch*
1902. Thieme.

gén. de méd., 1874 et *Semaine méd.*,

MANQUAT. Traité de thérapeutique. Tome II, p. 121. Paris, 1900. Baillière et fils.

MAYOR (de Lausanne). La localisation des bains et l'application du froid et de la chaleur sur les diverses parties du corps humain. Lausanne, 1844.

ORÉ. Art. Bains du *Dictionnaire Jaccoud*.

RECLUS. De l'eau chaude en chirurgie. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*. Paris, Masson, 1888, p. 55.

A. RICHEL. *Thèse d'agrégation*. Paris, 1847.

C. RICHEL. *Société de Biologie*, 3, 10 et 24 juillet 1897, et : De la chaleur animale. Paris, 1890.

A. ROBIN. Traité de thérapeutique appliquée.

J. SCHEIBER. Sur quelques agents thérapeutiques nouveaux. *Berl. klin. Woch.*, n° 37, p. 603, 14 septembre 1885.

SÉGUIN. Bons effets des bains de vapeur dans le traitement des maladies articulaires chroniques. *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 1848.

SCHADWELL. The Tallerman Traitements Paris, 1898. Baillière.

SIMONOT. De la chaleur en thérapeutique et des bains locaux d'air sec surchauffé en particulier. *Thèse de Paris*, 1898.

TRIPPIER. Contribution à l'étude des ulcères variqueux. *Thèse de Paris*, année universitaire 1889-1890.

INTRODUCTION.

Pendant les stages que nous avons faits, d'abord comme externe à l'Hospice de l'Antiquaille de Lyon dans le service de M. le Dr Cordier, ensuite, comme assistant à la Policlinique chirurgicale de l'Université de Genève, dans le service de M. le Prof. Auguste Reverdin, nous avons eu mainte occasion de traiter des ulcères simples. Nous avons pu nous convaincre que la plupart des traitements employés habituellement et préconisés contre cette affection, ou bien restaient inefficaces, ou bien ne guérissaient qu'à la condition d'imposer aux malades le repos dans le décubitus horizontal.

Mais le repos n'est pas facilement accepté. Il a le grave inconvénient d'interrompre la vie sociale des malades dont la majorité se recrute surtout parmi les ouvriers, les blanchisseuses, les journaliers qui ne peuvent pas renoncer à leur travail sans un grave préjudice. En outre les traitements faits avec des substances chimiques antiseptiques ont une valeur douteuse. Quelles que soient les solutions employées, sublimé, permanganate de potasse, vin aromatique, nous n'avons obtenu avec ces seuls moyens que des résultats médiocres, sinon nuls.

ts secs faits avec le
. Parfois cependant
n en ce sens que ces
es lésions chroniques
les ne nous ont donné

rtant recommandées
raités même les plus
e proscrites comme
stiques et toxiques?
pharmaciens avec de
Il s'agissait d'ulcères
eux. Sous l'influence
c cette solution, ces
irs bords, prirent une
s avaient disparu.
ues mécomptes pour
périences à ce sujet
onclusions de l'article
les conclusions tirées

de trois observations, ne tendent à rien moins qu'à proclamer cet antiseptique comme spécifique contre les vastes ulcères de jambe, ce qui est une dangereuse erreur.

Que si l'on se demande pourquoi les antiseptiques se montrent inefficaces et même nuisibles, il suffira de se rappeler qu'ils constituent, pour la plupart, des poisons énergiques et qu'ils atteignent la vitalité des éléments cellulaires aussi bien que celle des microbes. Or l'ulcère simple se produit sur des tissus dont la nutrition est plus ou moins viciée. Il révèle une circulation ralentie et des troubles nerveux d'origine périphérique ou centrale. Est-il donc rationnel de le traiter avec des substances qui, il est vrai, détruisent ou paralysent les microorganismes, mais qui compromettent en même temps l'activité déjà amoindrie des éléments phagocytaires? Ne vaut-il pas mieux recourir à des moyens qui stimuleront la défense et le processus de réparation? Ces considérations nous ont logiquement amené à renoncer aux antiseptiques et à chercher d'autres procédés. C'est alors que, suivant les indications de Reclus, nous avons essayé l'eau chaude à 50°. En choisissant ce pro-

¹ *Revue de chirurgie*, 1886, p. 575.

cédé, nous avons l'idée *a priori* que cette température, suffisamment élevée pour exercer une action stimulante énergique sur ces plaies torpides, devait avoir des effets particulièrement favorables et bien supérieurs à ceux des antiseptiques.

L'expérience a confirmé au delà de nos espérances cette vue théorique. En fait l'eau chaude à 50° nous a donné des améliorations si rapides et des guérisons si complètes que nous nous sommes demandé avec étonnement pourquoi elle n'était appliquée systématiquement ni à Lyon, ni à Genève, ni ailleurs.

Ne sait-on pas que l'eau chaude, pour être efficace, doit être portée à un degré de température assez élevé et qu'on entend, en thérapeutique, par eau chaude, l'eau de 45 à 50 et même 55 degrés? Ou bien est-on resté attaché par habitude aux antiseptiques qui sont encore considérés par la généralité des médecins comme de véritables panacées contre l'infection, bien que des expériences et des faits toujours plus nombreux démontrent actuellement que cette confiance en leurs vertus est très exagérée? Ou bien l'eau chaude n'est-elle pas employée parce qu'on aime mieux les procédés plus compliqués qui frappent l'esprit et l'imagination des malades?

Quoi qu'il en soit, ce n'est guère qu'à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital Broussais, de Paris, que sous l'impulsion de Reclus l'eau chaude a été employée méthodiquement contre les ulcères simples, les ulcérations étendues et diverses inflammations. Et à Genève elle n'a été appliquée que depuis nos communications à la Société médicale de cette ville (séances du 15 janvier et du 25 février 1903).

Après avoir fait plusieurs essais préliminaires, nous avons cherché à rendre l'eau chaude encore plus active en l'additionnant de chlorure de sodium à la dose de 7 gr., par litre. On connaît l'influence que cette solution physiologique exerce sur nos éléments cellulaires. D'après les recherches expérimentales faites par plusieurs observateurs, il est démontré que cette solution, comme les larmes, a un pouvoir bactéricide qui, bien que très faible, est cependant certain¹. Ce pouvoir proviendrait de l'influence agglutinative des sels. En outre la solution physiologique favorise la diapédèse².

En tous cas de toutes les solutions, c'est elle, qui, grâce à sa

¹ BACH. *Graefe's Archiv f. Ophthalmologie*, 1894, T. XL, p. 130).

² CLAISSE. *Soc. de biol.*, 18 juillet 1896).

semblable à celle de nos liquides
éléments de nos tissus, d'où il
au moins ne gêne pas, le pro-

le verra plus loin, de donner
antifique de l'action favorable
ations en général et sur les
part nous sommes à même de
cis pour l'application de la so-

t appeler « la méthode de Re-
mier en a systématisé l'emploi
flammatoires, n'est sans doute
ous ne nous targuons pas de
as d'autre prétention que de la
le constitue un moyen théra-
adressant à une affection très
souvent la patience du malade

ORIQUE.

a thermothérapie. — Toutes
ermothérapie sont unanimes à
incontestable puissance médi-

risme disait déjà : « Le froid
es parties nerveuses de l'encé-
aud leur est favorable » et plus
est suppurative dans les plaies,
quand elle l'est un signe très
la peau, l'amincit, amortit la
pasmes, les tétanos ; elle est
actures des os, surtout quand
dans les plaies de la tête ; elle
se mortifie ou s'ulcère ainsi
et pour le siège, les parties
pour tout cela la chaleur est
l'est ennemi et mortel. »
il avait formulé dans ce dernier
par la chaleur.

bien n'y a-t-il rien de surprenant à ce que les traitements basés sur ce principe, fussent si en honneur chez les Grecs qui employaient la chaleur sous toutes ses formes. Il suffit de rappeler que les Grecs avec leurs « solaria »¹ avaient l'héliothérapie, qu'ils connaissaient l'étuve sèche, que les Egyptiens et les Romains préféraient les étuves ; et les bains d'eau chaude. Celse, Dioscoride et Galien préféraient les bains de sable.

Paré dans sa thèse d'agrégation rapporte une observation de Paré qui montre bien tout le parti que cet éminent chirurgien tirait de l'emploi de la chaleur pour les plaies. Il rapporte, écrit Malgaigne, du marquis d'Avret qui, sept mois avant, avait reçu un coup d'arquebuse près du genou avec fracture de l'os. Entre autres accidents la cuisse était fort enflée, ulcérée et la jambe fort tuméfiée et imbue d'un pus pituiteux.

Pour combattre cette fâcheuse complication, Paré fit appliquer tout autour de la jambe des briques chaudes sur lesquelles on versait une décoction d'herbes nervales cuites en vin et vinaigre.

« Le bonheur de mettre son malade hors d'affaire en l'espace de trois mois. »

Les temps plus modernes ont vu éclore des travaux assez nombreux sur la question qui nous occupe.

En 140 Guyot inventa son procédé dit de « l'incubation », qui consistait à placer le membre affecté de plaie, de quelque nature qu'elle fût, mais surtout les plaies opératoires, dans une chambre où l'air était maintenu à une température constante, à l'aide d'une lampe à alcool. Cette méthode qui, au début, eut quelque succès, eut un assez grand retentissement, mais elle tomba vite en désuétude. Des revers nombreux la suivirent. Ces résultats si opposés sont facilement expliqués. S'il s'agissait-il de douleurs, de névralgies, d'arthrites ou de plaies par hasard aseptiques, la méthode faisait merveilles. Au contraire, avait-on à faire à des plaies infectées, ce n'était pas la règle, les microbes pullulaient d'autant mieux et plus vite que cette température de 36° leur était particulièrement favorable et le sort du blessé dépendait alors de sa constitution et de leur espèce.²

¹ « solaria » étaient des plates-formes ménagées sur les habitations où les malades venaient se chauffer au soleil.

² SIMONOT, *Thèse de Paris*, 1898.

adant au procédé de Guyot une
gation qui traite « de l'emploi
s le traitement des affections
ns intérêt de rapporter ici la
il, à savoir que « la chaleur est
dont dispose la thérapeutique
direct est presque toujours la

allemands ou anglais ont eu
d'une manière plus ou moins

dans ses Cliniques, les appli-
les, humides ont été un de nos
les affections rhumatismales »...
à présent que la température
moins que les bains employés
ont loin d'agir seulement par
ne médication balnéaire métho-
umatisme nouveau si on n'y fait
érature.... Les eaux minérales
leur température, j'allais dire
ne concession, je dirai presque
ur composition, elles sont tou-
isants lorsqu'elles sont assez
s preuves ? Regardez les eaux
mandées : des eaux alca-
... *chaudes*; des eaux ferrugi-
eaux sulfureuses... *chaudes* ;
chaudes. Presque toutes les combi-
disputent les rhumatisants en
es lorsqu'elles sont chaudes. »
inion de Lasègue, c'est parce
de la supériorité de l'agent
chimiques, dits antiseptiques,
ne sous toutes ses formes, mais
pathologiques inflammatoires,
quement par la chaleur sous
ions très diverses, notamment
elles, des métrorrhagies et sur-
emier l'eau chaude à 45° aux
ette affection il dit : « J'ai pu

guérir ainsi d'une façon permanente un grand nombre de malades qui jusque là étaient sujets à de fréquentes récidives. »

Nous ne pouvons pas passer en revue toutes les études qui ont été faites sur la thermothérapie ; nous nous bornerons à renvoyer le lecteur à l'index bibliographique qui accompagne ce travail et à citer seulement les plus importantes parmi celles qui ont paru en Suisse.

Mathias Mayor, de Lausanne, en 1844, a étudié « la localisation des bains et l'application du froid et de la chaleur sur les diverses parties du corps humain. »

En 1865, Gosse père faisait paraître à Genève un travail sur *le bain turc modifié par l'emploi du calorique rayonnant*.

Enfin, tout dernièrement, en 1904 un des élèves de notre Faculté, M. le Dr Kouroudjief, consacrait sa thèse inspirée par M. le Prof. Oltramare, à l'étude *physiologique et thérapeutique de la chaleur sèche en applications locales dans quelques dermatoses*.

§. 2. Histoire de l'eau chaude appliquée aux ulcères et aux inflammations. — Au point de vue spécial qui nous occupe, à savoir le traitement des ulcères par l'eau chaude, la bibliographie n'est pas très riche en documents.

En 1563 Fallope préconisait ce topique pour la guérison des ulcères.¹

Ambroise Paré avait vu que l'eau chaude employée sur des parties sèches ou atrophiées « par le dessèchement des fibres, quelle qu'en soit l'occasion, les pénétrait peu à peu, les relâchait, rétablissait la circulation dans les vaisseaux où les fibres ne pouvaient percer faute d'une oscillation assez rigoureuse et pour cause d'une résistance trop forte. »

« L'eau chaude, dit Paré, rendra la partie charnue mieux nourrie, succulente et refaite. »

Il lui reconnaissait également la sublime vertu de « résoudre l'humeur subtile superficielle, de liquéfier et subtiliser la plus grosse et la plus profonde, afin qu'aisément elle soit résolue à son tour, et finalement celle d'apaiser la douleur, de relâcher ce qui est tendu. »

En 1786, Lombard, de Strasbourg, recommande l'eau chaude contre les ulcères surtout quand il y a inflammation.

Mais au XVIII^e siècle depuis 1742, l'eau chaude à l'instiga-

¹ FALLOPE : Libelli duo, alter de ulceribus, etc., Venetiis 1563.

employée pour le traitement des

prônent pour les conjonctivites.
our les ulcères de la cornée par

portante moderne, au sujet des
nce, celle de Lasègue qui, dans
, mentionne à propos des bains
ix-ci produisaient sur les ulcères.
ffection par des bains généraux
t être portée au delà de 40° sans

Cependant ce procédé lui don-
a vu plus haut qu'il avait même
êtes, sans rechutes, de vastes
tres traitements, avaient souvent

le importance à ce que la tempé-
constante pendant toute la durée
in quotidien ou même bi-quotidien
combinait ce traitement avec le
tale, estimant que le repos devait
l'agisse d'un traumatisme, d'un
rhumatisme ou d'une éruption
rs.

t été obtenues peut-être autant
ion de l'eau chaude sous forme

: l'honneur d'avoir systématisé
contre les ulcères de jambe. Dans
il consacre une leçon à l'usage

Il publie même à ce sujet plu-
rement significatives se rappor-
es et à des prostatites aiguës.

sion donnée par Lasègue et par
ait donné lieu à d'autres recher-
seul de ses collègues à Paris,
ait employé systématiquement

Cette indifférence qui ne laisse pas de nous surprendre, nous a donné l'idée de publier ce travail. Elle nous aura peut-être servi, si nous parvenons à faire triompher par l'évidence des faits la cause de l'eau chaude.

II. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'EAU CHAUDE SUR NOS TISSUS ET SUR LES ULCÈRES EN PARTICULIER.

Pour expliquer l'action si efficace de l'eau chaude et sur les inflammations en général et sur les ulcères en particulier, il est nécessaire de rappeler quelques données physiologiques sur la chaleur animale.

On sait que notre température se maintient remarquablement fixe grâce au phénomène de la régulation thermique. Que notre organisme soit soumis à une température ambiante plus basse que la sienne, immédiatement il réagit en augmentant d'une part ses combustions et en diminuant, d'autre part, les causes de déperdition de calorique. Est-il au contraire soumis à une température plus haute, il se défend contre l'excès de la chaleur, non pas, comme on pourrait s'y attendre logiquement, en diminuant l'intensité de ses combustions organiques, mais en activant l'évaporation cutanée et le rayonnement qui se produit à sa surface ?

L'augmentation du rayonnement et de l'évaporation cutanée ne se produit que par une excitation de la circulation périphérique. D'où il suit que l'eau, à la température de 50°, qu'elle soit appliquée en bains locaux ou en douches locales, a ce premier effet de stimuler la circulation périphérique au point d'application.

Si la température est très élevée et surtout si l'eau est appliquée en grands bains très chauds, la chaleur en excès sera éliminée, non plus seulement par rayonnement périphérique, mais encore par l'évaporation d'une plus grande quantité d'eau à la surface des voies respiratoires. Ce procédé d'élimination est réalisé par l'accélération des mouvements respiratoires, par ce que Richet a appelé la « polypnée thermique. »

La question de savoir comment se produit la stimulation de la circulation est discutable. S'agit-il d'un simple réflexe prenant son origine dans l'excitation par la chaleur des nerfs superficiels ? Est-ce le contact même de la chaleur sur les capillaires dont le sang surchauffé irait exciter directement les centres

le que ces causes agissent simultanément les expériences d'Adamkiewicz

montré que l'application d'une aude sur la peau de la cuisse des membres inférieurs accom- ou moins abondante.

ut, chez le chien et le lapin, que de derrière dans l'eau chaude laire se montrant à la fois sur e, la vascularisation des pattes modifiée. Ces expériences mon- es vaso-dilatateurs est bien le extrémités nerveuses périphé- ude.

q a également montré qu'une erne de notre organisme, suffit nergique des vaisseaux cutanés, nérature de la peau. S'étant tements dans une pièce où la 15°) pour provoquer un léger il respirait par un tube, de l'air ait au bout de peu temps une ux cutanés. Dans cette expé- u être le point de départ d'un peau était froide au début et on nfluencé directement les centres sang des alvéoles pulmonaires, éflexe émanant des nerfs alvéo-

quantité suffisante provoque de u, suivie d'une sudation plus ou

et plus difficile à trancher, c'est nine d'abord, au point d'appli- ntôt suivie d'une vaso-dilatation verse qui se produit.

cider ce point qui partage les mais, quoi qu'il en soit, nous onnement ne peut augmenter ode de vaso-dilatation, c'est-à-

dire au moment où les vaisseaux renferment le plus de sang. Il nous paraît donc que la vaso-dilatation doit se produire pendant presque toute la durée d'application de l'eau chaude et qu'elle doit même se prolonger au delà, ainsi qu'en témoigne la rougeur de la peau que l'on voit apparaître peu de temps après le début de l'application et qui persiste chez tous les sujets cinq à dix minutes après la cessation de l'application d'eau chaude.

Mais ce n'est pas seulement la circulation locale qui est modifiée ; l'eau chaude en effet agit encore sur la circulation générale. On peut s'en rendre compte très simplement par l'examen direct du pouls.

D'après les recherches faites à ce sujet par Manquat, il y a des différences individuelles assez marquées qu'il faut attribuer au degré d'émotivité. Manquat faisait tremper une des mains du sujet en expérience dans de l'eau à 45° ou 50° et il notait l'état du pouls avant, pendant et après l'immersion. Dans ces conditions, et d'une manière générale, le pouls subit d'abord une diminution de fréquence, puis au bout d'un temps assez court (environ deux minutes) il présente une accélération notable qui se maintient pendant quelque temps (cinq minutes). Après ce laps de temps le nombre des pulsations tombe au dessous du chiffre déterminé avant l'expérience et la diminution persiste un certain temps après la sortie du bain local.

D'après Liebermeister une douche d'eau chaude à 40° ou 50° fait d'abord pâlir la peau, comme une douche d'eau froide ; il se produit une contraction vasculaire et une augmentation de la tension sanguine suivie très rapidement d'une dilatation qui se traduit par la rougeur de la peau.

L'effet de la douche est donc le même quoique moins intense que celui des pointes et des raies de feu sur la peau. On sait que le thermocautère détermine d'abord au point d'application une vaso-constriction énergique, bientôt suivie d'une réaction vaso-dilatatrice avec abaissement de la pression sanguine.

Nous avons répété les expériences de Manquat, et nous publions à ce sujet quelques chiffres.

Dans une première colonne se trouve le nombre des pulsations constaté chez le sujet avant l'expérience. Dans la seconde nous avons indiqué le nombre de pulsations que présente le sujet une demi minute après le début de l'application de l'eau chaude. Enfin, dans la troisième, est noté le nombre de pulsations comptées cinq minutes après qu'on a cessé de soumettre

ude. Tous les sujets que nous
aucun signe de cardiopathie.
main sous une douche de 48°

le nombre des pulsations que

Avant.	Pendant.	Après.
90	70	92
82	76	82
76	74	80
84	70	84
76	78	82
80	88	96
88	84	92
96	84	100
72	62	78
96	76	104
88	76	88
96	92	102
80	64	96
60	56	68
72	62	78
98	88	98
66	60	72
64	60	68
86	74	90
100	88	100
88	68	90

onc, à part deux ou trois excep-
Manquat. On note, en effet,
li le pouls diminue de fréquence
de phase, se produisant au bout
cation d'eau chaude, et qui est
manifeste et par une légère dé-

is occupe spécialement, ce sont
n locale qui nous importent le

de tous ces faits cette conclu-
son action vasculaire soit com-

plexe et d'une interprétation difficile, détermine localement une suractivité circulatoire caractérisée par une accélération de la vitesse du sang et par une vaso-dilatation augmentant l'intensité du rayonnement.

Il est facile maintenant, grâce à ces données, de traduire les phénomènes qui se passent au niveau d'une lésion inflammatoire aiguë ou chronique, sous l'influence de l'eau chaude.

L'inflammation, comme on le sait, se caractérise surtout par des modifications circulatoires importantes. Dès qu'un agent irritant est au contact des tissus, les vaisseaux se resserrent. Cette diminution de calibre est appréciable surtout pour les artérioles, mais cette contraction qui manquerait même parfois, est passagère. Bientôt les canaux sanguins reprennent leur diamètre normal, puis ils se dilatent et livrent passage à un courant plus rapide. C'est alors que la circulation est particulièrement active; les petites artères battent plus fort, les capillaires sont distendus, les veinules pleines et saillantes.

Cette phase est de peu de durée; le flot se ralentit, la colonne sanguine s'avance et s'arrête pour repartir encore, puis n'obéit plus à toutes les systoles, elle reste suspendue pendant plusieurs contractions du cœur et semble ne céder qu'à une poussée particulièrement énergique. Puis toute circulation cesse ou diminue considérablement : il y a stase dans le territoire enflammé. A ce moment commence l'exode des globules blancs hors des réseaux sanguins. Et avec les leucocytes sort aussi une quantité notable de plasma qui constitue l'exsudat; l'œdème apparaît.

En somme : hyperémie, stase sanguine, diapédese et exsudat, tels sont les phénomènes qui caractérisent la physiologie pathologique de l'inflammation.

Mais la stase sanguine provoque une véritable asphyxie locale et l'exsudat liquide, infiltrant les tissus, les distend et par cette tension même, détermine de la douleur; au surplus il rend l'arrêt circulatoire plus complet encore par la pression mécanique qu'il exerce sur les petits vaisseaux.

Dans ces conditions, si l'on veut lutter contre l'inflammation, il sera indiqué de faire cesser cette stase en rétablissant au plus vite le cours normal du sang.

Il faut en définitive exciter l'œuvre de défense, augmenter son énergie et cette indication est, à notre avis, tout aussi importante, si ce n'est plus, que celle qui vise la cause même de l'inflammation, c'est-à-dire la destruction des microparasites.

ces termes : puisque l'inflammation que la lutte de nos cellules nous mène à détruire l'organisme par des moyens de défense ou bien en les épuisant ?

Concilier ces deux indications est aisée pour détruire l'envahissement bien incertain, qui lorsqu'il devient dangereux pour la vie, les antiseptiques. Or, comme le dit Berdin et Massol dans leur ouvrage *« c'est presque une antiseptique, tels qu'ils sont si dire illusoire. On a fait de diminuer l'activité des antiseptiques où ils sont classés suivant l'efficacité, mais on n'a pas leur désinfectante, surfaite, »* Duclaux qu'on serait aussi les classant par ordre alpha-

ber : l'action de l'antiseptique qu'il devient préjudiciable à la vie des cellules ; c'est pour combattre la cause même de l'inflammation, nous avons plus d'intérêt à tout ce qui nous fait préférer de l'appliquer sous forme d'eau à la tempé-

ture vraie, rapidement décongelée, l'hémorragie qu'elle provoque, surtout, à la phase de début, au moment où l'abcès n'est pas mûr », l'eau chaude pourra être utilisée pour la incision qui est toujours douce quand la nécessité d'évacuer est posée le coup de bistouri, car elle en déterminant une surac-

tivité circulatoire qui favorise la résorption des liquides organiques extravasés.

L'ulcère simple que nous avons plus particulièrement en vue dans cette étude, s'accompagne toujours d'une inflammation plus ou moins intense. Lorsqu'il est soumis à une température de 50°, immédiatement la circulation des capillaires se régularise; il se fait dans ces petits vaisseaux un afflux de sang qui favorise la nutrition des tissus avoisinant la lésion.

La circulation des lymphatiques étant également excitée, la résorption des exsudats inflammatoires se fait plus facilement et surtout plus rapidement. L'œdème disparaît. En outre, les extrémités nerveuses comprimées par ces exsudats se trouvant ainsi libérées, la sensation de tension si douloureuse et si pénible disparaît peu à peu en même temps que le gonflement.

Ajoutons enfin que l'eau chaude a un pouvoir antiseptique que lui confère sa température de 50°. On sait qu'à ce degré la pullulation des germes est compromise. La plupart des microbes ne poussent pas à une température de 50° et, s'ils ne sont pas tous détruits, en tous cas leur virulence est notablement diminuée.

Mais bien que l'action antiseptique due à cette température soit indiscutable, elle n'a cependant qu'une importance secondaire pour la guérison des ulcères chroniques ou de l'inflammation. D'ailleurs, les staphylocoques et en particulier les *pyogenes aureus* ou *albus*, hôtes habituels de ces lésions, ne sont détruits qu'à partir de 56° et 58°, après dix minutes d'exposition. Encore leurs spores résistent-elles à des températures bien supérieures? Ce n'est guère que pour les gonocoques qui sont détruits à 42°, d'après Schæfer et Wertheim, et pour le bacille de Ducrey, qui ne résiste pas à 39° ou 40° (Aubert et Welandier) que l'eau chaude à 50° a une action antiseptique vraiment spécifique.

Il est bon de retenir, en passant, que la chaleur humide est bien plus efficace que la chaleur sèche. On connaît, à ce sujet, l'expérience de Miquel qui a pu faire germer des spores après les avoir exposées à une température de 145° dans l'air sec. Par conséquent, au point de vue aseptique et antiseptique, l'eau chaude devra toujours être préférée aux appareils à air chaud et sec qui ont cet inconvénient d'être assez couteux, d'exiger une installation particulière et qui n'agissent qu'à des températures bien plus élevées que 50°.

3

re employée plutôt sous forme
ouches ou les lavages, en effet,
nte à la température des liqui-
débarrasser mécaniquement la
entraînant eux et leurs pro-
urra s'en convaincre d'après
de faite avec un simple irriga-
ou trois séances la détersion

face à son action excitante et
ogistique et sédative. Elle est
motifs suffisants pour conclure
ellence de l'inflammation aiguë

OPÉRATOIRE.

ter les ulcères par l'eau chaude
outillage peu compliqué :
ontenance de quelques litres,
suffisamment long pour qu'on
ion d'au moins 1 m. 50.
ouillie à la température de 50°
. 7 de chlorure de sodium par

e, coton, bandes).

it de l'eau.

on peut le remplacer par un
ouque, avec lequel on versera
ur a cet avantage de permettre
n plus constante et plus régu-
en versant l'eau à la main.
la douche chaude qu'on dirige
t surtout sur ses bords qu'on
a est faite avec quatre ou cinq

supportée. Toutefois, si chez
t de l'intolérance, on procède-

on la recouvre de mousseline
chaude à 50° pour maintenir le

plus longtemps possible l'ulcère sous l'influence de la chaleur. La mousseline est aussitôt recouverte de coton et le tout est maintenu par une bande qu'on a bien soin de rouler suivant les règles classiques, en commençant de l'extrémité du membre pour remonter vers le tronc et en imbriquant les tours de bande d'une manière bien égale, afin de réaliser une compression uniforme. Ceci est de toute importance pour les membres atteints de varices. Un bandage bien fait remplace presque le bas élastique et favorise dans une certaine mesure la guérison.

Tant que les ulcères sont sanieux, fétides, recouverts de bourgeons atones, blafards, les irrigations seront faites tous les jours une fois ; mais dès que la surface ulcérée sera détergée et présentera une couche de bourgeons vermeils, ce qui arrive après trois ou quatre lavages, et dès que le liseré cicatriciel aura cerclé la perte de substance, il sera préférable d'espacer les séances et de ne les pratiquer que tous les deux ou trois jours.

Les pièces de pansement devront être enlevées avec de grandes précautions, afin de ne pas arracher la mince pellicule cicatricielle qui s'est formée. Ambroise Paré en son langage pittoresque recommandait déjà pour ne pas troubler l'organisation de la membrane granuleuse de ne pas « déshabiller trop souvent l'ulcère ».

Lorsque le processus de réparation est suffisamment amorcé et que la cicatrice s'avance rapidement vers le centre de la lésion, on ne fera plus les irrigations que tous les quatre ou cinq jours, quitte à les rapprocher s'il survenait encore de la suppuration ou un arrêt dans la formation de la cicatrice.

L'eau chaude, régulièrement appliquée, détermine sur les bords de certains ulcères et sur la zone qui les avoisine, une desquamation assez abondante qui, en isolant la couche épidermique vivante, la soustrait à l'action directe de la chaleur et gêne la réparation. Il faut donc enlever délicatement avec une pince à disséquer ces lamelles épidermiques jusqu'à ce qu'on ait découvert la surface cutanée rose, c'est-à-dire la surface bien vivante que l'eau chaude excite alors directement.

IV. — RÉSULTATS ET OBSERVATIONS.

Le travail que nous présentons s'applique surtout aux ulcères simples ainsi qu'aux larges pertes de substance, dues à des traumatismes et dont la cicatrisation se fait avec peine et len-

ce qu'on entend par ulcère
définitions classiques, celles
tions anciennes, tendent à
re, depuis que les décou-
venues éclairer certains
ulcères dits simples.

les ulcères en : 1° ulcères
et derniers n'étant que la
maladie : syphilis, tuberculose,

se divisent en deux groupes :

1° à une lésion sous-jacente
comme un onguet invaginé, os carié,
ou par un cal exubérant ou une

2° simples.

Les premiers sont ceux qui ne sont
pas simples. Ils seraient caractérisés
par l'existence d'une autre lésion con-

comitante et constitueraient à eux seuls toute la maladie.
Mais cette définition cadre mal avec la connaissance plus
exacte que l'on a maintenant des troubles neurovasculaires qui
coexistent avec l'ulcère simple et qui sont, à n'en pas douter, la
cause véritable de cette lésion. Ne compte-t-on pas, dit Reclus,
parmi les ulcères simples les ulcères variqueux qui, outre les
lésions veineuses évidentes, procèdent sans doute d'un état
constitutionnel : l'arthritisme.

Les ulcères simples ne constituent donc pas une entité mor-
bide bien définie. La plupart d'entre eux, si non tous, peuvent
être considérés comme diathésiques en ce sens, qu'ils dépendent
d'une cause générale sans qu'on puisse déterminer avec exacti-
tude lesquels des nerfs ou des vaisseaux commandent la
lésion.

Mais, tout artificielle que soit cette catégorie, nous sommes
obligé de la conserver à défaut d'autre pour la commodité de
notre exposé. Sous l'étiquette « ulcères simples », nous ne com-
prendrons que les ulcères variqueux où la phlébectasie semble
jouer à elle seule le principal rôle, puis nous étudierons l'action
de l'eau chaude sur les *ulcères variqueux hybrides*, c'est-à-dire
ceux où l'on trouve, à côté des phlébectasies, des lésions, des
artères et des nerfs, où le système circulatoire est altéré dans

son ensemble, comme dans les ulcères variqueux des artérioscléreux.

Dans ce groupe on peut encore faire entrer les cas d'ulcères nettement provoqués par des varices ayant les caractères typiques d'ulcères variqueux, mais qui évoluent sur un terrain spécial, qui se greffent pour ainsi dire sur une diathèse comme la syphilis.

Nous rapportons ensuite des observations concernant des solutions de continuité qui résultent d'une exérèse large, d'une brûlure, d'une gelure, d'un sphacèle étendu des téguments par arrachement ou par écrasement, en somme toutes lésions où les éléments dermo-épidermiques ont été détruits ou intéressés par une cause externe sur une surface assez étendue pour que le processus réparateur se fasse difficilement.

Nous commencerons par deux faits que nous tenons à retenir bien qu'ils se rattachent à la classe des ulcères diathésiques. Il s'agit d'ulcères consécutifs à des anthrax.

L'une de ces observations est de Reclus, l'autre nous est personnelle. Nous les mettons en tête de ce chapitre par ce qu'elles sont particulièrement démonstratives. Elles prouvent d'une manière péremptoire d'abord toute la supériorité de l'eau chaude sur les antiseptiques et ensuite l'efficacité, nous dirons même la spécificité de ce topique sur des ulcères consécutifs à des anthrax.

Nous aurions voulu à ce propos avoir l'occasion d'étudier sur un plus grand nombre de cas l'action de l'eau chaude sur les ulcères des diabétiques. Malheureusement les glycosuriques sont rares à la Policlinique chirurgicale de Genève.

A. — Ulcères diathésiques consécutifs à des anthrax.

OBS. I. (RECLUS, loc cit.) — *Ulcération consécutive à un anthrax.*

« J'ai soigné, dit Reclus, avec mon maître Féréol, une vaste ulcération consécutive à un anthrax ; la perte de substance mesurait 18 cm. dans tous les sens, elle était recouverte d'un enduit diphtéroïde de plusieurs millimètres d'épaisseur. Au-dessous les bourgeons charnus étaient détruits et déjà les ligaments de la gouttière vertébrale étaient mis à nu ; l'acide phénique, l'iodoforme, le jus de citron même restaient sans effet ; l'affaiblissement du malade était des plus inquiétants. Nous eûmes recours aux lotions d'eau très chaude ; dès les premières vingt-quatre heures, l'exsudat pultacé avait disparu, les bourgeons étaient vermeils et chacun des diamètres de l'ulcère avaient diminué d'un centimètre. A partir de ce moment et grâce à des lavages prolongés pendant un quart d'heure chaque jour la marche vers une cicatrisation régulière ne s'est plus démentie. »

atif à un anthrax.

ente à la Policlinique de l'Univer-
an anthrax de l'avant bras gauche.

us en assez grande quantité. L'an-
il laisse une ulcération circulaire,
cm. On traite cette lésion par des
ution de sublimé à 1 pour 2000 et

, loin de s'améliorer, s'aggrave ;
allures phagédéniques. On emploie
sublimé à 1 pour 1000, on essaie
s au chlorure de zinc en solution au
eu légères, mais tous ces moyens
l en profondeur et en surface.

traitement à la solution physiolo-
e modification importante se pro-
et au lieu d'être festonnés, déchirés,
après deux nouvelles séances ils
l'ulcération, qu'ils ont déjà nota-
e forme avec une rapidité si extra-
es, le 30 mai, l'ulcère est complète-

haude ont suffi pour fermer
able, qui, en dépit des solu-
ques, augmentait d'étendue.
ur la solution physiologique

(A suivre).

**Le thyroïdienne (méthode de
bré par défaut de développe-**

R et KUMMER

ital Batiol, à Genève¹.

3 D^r Kummer a pratiqué la
é de Cristiani chez plusieurs
jeunes sujets présentant à des degrés divers des phénomènes

¹ Cette note a été présentée à l'Académie de Médecine de Paris par le
prof. Lannelongue dans la séance du 21 mars 1905.

pathologiques résultant de l'atrophie ou du manque de fonctionnement de la glande thyroïde. Ces essais ont donné des résultats si encourageants que nous croyons que cette méthode ne tardera pas à occuper la place qu'elle mérite dans la thérapeutique du syndrome athyroïdique.

Le Dr Kummer compte publier prochainement toutes ces observations, en les groupant d'après leurs formes cliniques diverses. Nous croyons utile en attendant de faire connaître le cas suivant intéressant au double point de vue de sa symptomatologie un peu spéciale et de l'excellence du résultat.

Pour les détails de la technique opératoire, nous renvoyons aux publications du prof. Cristiani sur ce sujet. Celui-ci a d'ailleurs assisté et participé aux premières interventions et nous avons, dans les faits ultérieurs, rigoureusement suivi son mode de faire.

Le choix des porte-greffes a été rendu relativement facile par l'endémie goitreuse de notre pays à laquelle nous devons probablement aussi un certain nombre des cas à greffer. La coïncidence de la fréquence du goitre et des accidents thyroïdiprives dans les mêmes régions a été signalée depuis longtemps.

Rappelons seulement que la greffe doit être faite à chaud. Il ne faut pas qu'il s'écoule plus de quelques secondes entre le détachement du fragment de goitre et son insertion sous la peau du second opéré.

Le fragment doit être du tissu thyroïdien aussi normal que possible. On peut, suivant le conseil de Cristiani, s'en assurer par un examen microscopique extemporané, mais, quand on a souvent l'occasion d'opérer des goitres, on arrive facilement à y discerner, à la fois par la vue et par le palper, des parcelles de tissu convenant à la greffe.

Disons encore que plus le porte-greffe est jeune, mieux cela vaut. On s'exposerait à un échec presque certain en insérant à des enfants des fragments de thyroïde d'adultes de plus de vingt-cinq ou trente ans.

Les suites opératoires ont toujours été parfaitement simples et nous n'avons jamais eu d'accidents consécutifs, locaux ou généraux.

Pour l'enfant dont il va être question, nous avons eu recours à l'anesthésie générale. Dans d'autres cas, nous avons parfaitement réussi avec l'anesthésie locale à la cocaïne. Il faut se rappeler cependant que, d'après les expériences de Cristiani et

due dans les tissus peut être
et qu'il faut à cet égard user

Il Butini, dans le service du Dr
fant maigre, très petite pour son
mental se montre très notable-
aire. Habituellement apathique et
e de se tenir sur ses jambes, ni
borne à quelques grognements de
neur et à des cris inarticulés quand
sez souvent. Abandonnée à elle-
ment constant de rotation qui peut
rsiste même pendant le sommeil
e temps, les deux mains sont le
n et d'extension. Absence absolue
e par aucun signe qu'elle a besoin

assez marquée des bosses parié-
ne ni aux membres. La première
en bon état. Les yeux, d'un bleu
lueur d'intelligence. Il existe un
gent. Les muqueuses sont pâles,
sont rares et clairsemés. Les mains
Transpiration nocturne généralisée
ne région du corps de myxoedème
e loin le myxoedème. Rien d'anor-
nes sont normales.

cune trace de corps thyroïde. Les
naissent être à fleur de peau, du
goitre plongeant ou aberrant.

ession d'une candidate à l'idiotie
de développement du corps thy-
ché son développement somatique
ix troubles trophiques du pannu-
ème. La maigreur extrême de la
ons de l'absence de ce symptôme.
on, pendant lesquelles l'état reste
mise au traitement thyroïdien par
(3). On commence par une pastille
hydradol de Kælberer). Le résultat
les premiers jours de décembre,
lueur d'intelligence apparaît par-
achinaux de sa tête et de ses mem-

bres diminuent de fréquence et bientôt ne se produisent plus que lorsqu'elle a sommeil. Malheureusement, le traitement opothérapique est très vite mal supporté : au bout de quatre ou cinq jours, l'enfant perd l'appétit et si l'on persiste à lui faire prendre sa pastille journalière, elle devient nerveuse, irritable et perd le sommeil. Une fois même, à la suite d'un accès de colère, elle a une crise éclamptique légère. On est donc obligé de continuer l'administration de l'extrait glandulaire avec les plus grands ménagements. On donne la pastille trois jours de suite, puis on en interrompt l'usage quatre jours. Dès qu'on essaie d'aller plus loin, l'inappétence, le nervosisme et l'insomnie reparaissent. Malgré ces intermittences du traitement, les progrès de l'enfant sont constants et évidents. En janvier, elle se tient seule debout et essaie de faire quelques pas en donnant la main. Elle commence à dire quelques mots et demande à peu près régulièrement le vase.

En février, on remplace le thyradol par les pastilles de Burroughs et Welcome, une demi par jour. Mêmes signes d'intolérance rapide. Cette fois encore, il faut arrêter le traitement au bout de trois ou quatre jours et attendre au moins aussi longtemps pour le reprendre. L'enfant n'en continue pas moins à progresser : en mars, elle fait quelques pas seule ; son vocabulaire s'est enrichi ; elle prend plus d'intérêt à ce qui se passe dans la salle et donne des signes d'affection à la sœur et à ses petites compagnes, avec lesquelles elle sait aussi très bien se disputer à d'autres moments.

En avril, survient un nouveau phénomène d'intolérance, de la diarrhée qui se reproduit chaque fois qu'on recommence à donner les pastilles. En présence des bons effets de la médication glandulaire et de la façon défec-tueuse dont les voies habituelles d'absorption la supportent, on décide de recourir à la greffe. L'ingestion des pastilles est arrêtée le 7 mai et n'a jamais été reprise depuis.

La petite opération est pratiquée le 10 mai par le Dr Kummer. Narcose à l'éther. Incision de la peau au-dessous du bord postérieur de l'aisselle gauche sur une longueur d'un centimètre. Insertion dans la plaie, aussi loin que possible, de quatre petits fragments de tissu thyroïdien reconnu normal au microscope. Ces fragments proviennent d'une jeune fille de dix-huit ans à laquelle on va enlever un goitre. Deux ont été pris à la surface du goitre, les deux autres sur le lobe sain laissé en place.

Suites opératoires aussi bénignes que possible. Le troisième jour, en enlevant la bandelette collodionnée, on trouve la petite plaie réunie.

La petite malade reste encore trois semaines à l'hôpital, pendant lesquelles les progrès physiques et intellectuels sont très remarquables. La marche devient assurée. Aux mots isolés ont succédé de petites phrases. Les mouvements machinaux, les sueurs nocturnes, les troubles de la circulation périphérique ont entièrement disparu.

A la fin de mai, l'enfant est envoyée dans un établissement de convalescence à la campagne. Au moment de son départ, on sent nettement

deux greffes comme de petits nodules sous-cutanés aplatis à deux ou trois centimètres en arrière de la cicatrice opératoire.

L'enfant reste deux mois à la campagne où le Dr Gantier a l'occasion de la voir vers la fin de juillet. Elle est restée petite et maigre, mais elle teint coloré, les muqueuses rouges et le regard vif. Elle court et joue avec les autres enfants et parle aussi nettement que ses contemporains. La comtesse qui la surveille la trouve aussi développée que la moyenne

I.

II.

I. L'enfant avant la greffe.

II. Neuf mois après la greffe.

enfants de son âge et ajoute même en riant : « elle est parfois si vive qu'on demande si vous ne lui en avez pas greffé un peu trop ».

L'enfant est ramenée par sa mère en décembre 1904 et est reprise en observation quelques jours dans le service. Elle reste maigre et un peu chétive, mais se porte bien, a bon appétit et bon sommeil. Ses cheveux sont devenus plus touffus et, au dire de la mère, poussent beaucoup

vite que par le passé. Le strabisme convergent persiste, mais à un bien moindre degré. Au point de vue intellectuel et affectif, l'enfant est à peu près au niveau de la moyenne de ses contemporains. La mémoire semble relativement développée. Il faut ajouter qu'il y a encore assez fréquemment des moments d'agitation et de courtes et vives colères, mais on ne peut guère qualifier ces épisodes de troubles pathologiques chez une enfant de 4 ans.

On sent encore nettement les petits nodules des greffes qui, s'ils ont changé de volume, ont plutôt diminué qu'augmenté. Le corps thyroïde reste sinon absent, du moins introuvable à la palpation.

L'enfant rentre dans le service, à la fin de janvier 1905, avec un abcès du cuir chevelu consécutif à une poussée d'eczéma impétigineux d'origine parasitaire. Pas de changement dans son état général. On continue à sentir sous la peau du thorax les deux petits nodules des greffes.

Les deux photographies jointes à cette note prises, la première quelques jours avant la greffe, la seconde neuf mois après, montrent mieux que des mots le changement d'expression et d'aspect général qui s'est produit pendant cet intervalle chez la petite malade.

Ce cas est intéressant au point de vue symptomatique, parce que le tableau du crétinisme par atrophie thyroïdienne était incomplet.

L'absence de myxœdème peut s'expliquer soit par l'état de maigreur de l'enfant, soit par son âge, car rien ne prouve que le faux œdème ne se serait pas produit plus tard, soit encore par la présence d'un corps thyroïde impalpable, mais suffisant pour permettre la nutrition normale de la peau.

D'ailleurs, du temps où les chirurgiens extirpaient le corps thyroïde en entier, certains de leurs opérés n'ont pas eu de myxœdème, mais se sont bornés à présenter des troubles nerveux dont le plus fréquent était la tétanie. On peut rapprocher de la tétanie les mouvements athétosiques de la tête et des membres supérieurs observés chez notre petit malade.

La réussite si remarquable du traitement par ingestion, puis par greffe, montre bien que chez cette enfant le défaut de développement musculaire et psychique était causé par l'insuffisance de la fonction thyroïdienne.

Il est assez fréquent de voir des troubles nerveux et des troubles digestifs survenir de bonne heure pendant l'administration des préparations thyroïdiennes par la bouche. Ces accidents obligent à user de la plus grande prudence pour continuer le traitement. Ils peuvent aller jusqu'à en compromettre le succès ou jusqu'à obliger d'y renoncer. Chez notre petite malade,

es opérés du Dr Kummer, la
convénient de ce genre.

Adé, c'est la rareté du matériel
ces jours des goitres chez de jeu-
ajours du tissu thyroïdien d'as-
ere. Faute de goitres, il serait
à opération sur la région pour
tissu thyroïdien, sans aucun
à cette soustraction.

qu'il faut attribuer les impor-
le enfant depuis le mois de mai
thérapie thyroïdienne montre en
ussit que par la continuité. Dès
a suc glandulaire, les effets du
même, après quelques semaines
ritables rechutes. Ce serait une
au procédé, si l'avenir arrivait
es résultats définitifs.

ulier, sont encore trop jeunes
cette éphithète. En faisant cette
ême osé espérer de voir, après
es petits fragments greffés con-
pement du corps et de l'intelli-

stiani a reconnu la présence de
es greffes datant de trois ans.
mer ont fait la même constata-
long lieu d'espérer que les pro-
e maintiendront. S'ils venaient
onvénient à pratiquer une nou-

apentique dermatologique

H. Du Bois

ique de l'Hôpital cantonal de Genève.

a dans la dermothérapie s'est
importante grâce à ses nom-
tés. Employé pur, en solution,

en pommade ou en savon, il agit sur la peau comme un réducteur diminuant les processus inflammatoires et décongestionnant la peau, il excite la kératinisation et favorise la desquamation de la couche cornée.

Malheureusement le prix élevé auquel il s'est maintenu, ne nous aurait pas permis de l'utiliser sous forme de bains médicamenteux dans les dermatoses généralisées, si un industriel généreux qui est arrivé à l'obtenir à un prix abordable, n'en avait mis à notre disposition de grandes quantités. Nous avons pu ainsi entreprendre dans le service dermatologique de M. le Prof. Dr. Oltramare, des séries de traitements consistant uniquement en bains d'ichthyol (ichthyolsulfonate de soude).

Après de nombreux tâtonnements nous avons adopté 250 gr. à 300 gr. comme dose moyenne d'ichthyol par bain, pour une baignoire ordinaire.

Les doses plus faibles ne donnent pas de résultats appréciables, et les doses plus fortes n'augmentent pas ceux obtenus sauf dans quelques cas particulier que nous signalerons.

La durée du bain qui joue un rôle important au point de vue cutané, peut varier d'un quart d'heure à six heures par jour, mais c'est avec les bains prolongés que nous avons observé les meilleurs effets.

Depuis le moi de juin 1904, nous avons traité par ce procédé une centaine de malade souffrants d'affections cutanées les plus diverses, et faisant abstraction de l'odeur propre à l'ichthyol que certains trouvent mauvaise, nous n'avons jamais eu à noter d'accidents ou même d'aggravations dus au médicament.

Administrés comme antiseptique dans plusieurs cas de gale, accompagnés d'infections secondaires, d'eczématisations avec lésions ne permettant pas de faire subir directement au malade le traitement un peu violent de la « frotte », surtout chez les enfants, les bains d'ichthyol journaliers amènent la diminution de l'inflammation, la guérison des lésions secondaires et même la disparition complète et définitive des acares.

Les pyodermites strepto-staphylocociques généralisées pour lesquelles les pansements antiseptiques sont difficiles à appliquer et à maintenir, se guérissent après quelques bains, d'autant plus rapidement que les vésicules et les pustules ont été mieux ouvertes pendant le bain.

L'effet antiprurigineux qui s'explique par la propriété réductrice de l'ichthyol s'est montré efficace dans des cas d'urticaire,

de névrodermite et de lichen, mais il nous paraît particulièrement intéressant à noter dans les cas de prurigo sénile. Des malades souffrant de cette terrible affection ont vu les démangeaisons diminuer d'abord, puis disparaître ensuite, après avoir pris pendant quelques semaines, tous les deux jours, un bain d'ichthyol d'une heure à une heure et demi. Il y a eu rechute dans certains cas, mais néanmoins l'effet curatif s'est souvent maintenu pendant plusieurs mois.

Dans les prurits localisés, anaux et vulvaires, les résultats ont été incertains ; tandis que les uns furent améliorés, les autres n'ont subi aucune modification, mais dans ces cas l'origine essentielle ou symptomatique ne pouvant pas toujours être établie, il n'y a pas lieu de s'étonner de ces variations.

C'est dans les grandes dermatoses sèches et humides : pityriasis, psoriasis, eczémas, que les bains d'ichthyol donnent les résultats les plus intéressants, c'est aussi dans ces cas qu'ils sont les plus indiqués.

De huit malades atteints de psoriasis et traités journellement, les seuls que nous ayons pu suivre d'une façon continue, trois furent complètement débarrassés de leur éruption sans autres agents thérapeutiques, l'un après une série de douze bains, les autres après en avoir pris une vingtaine ; trois autres malades décapés déjà après le sixième ou le septième bain, ont conservé, bien que le traitement fût continué, des lésions isolées qui ne cédèrent qu'à la chrysarobine. Enfin chez les deux derniers, l'éruption ne fut pas modifiée, les squames qui disparaissaient après chaque bain se reproduisaient d'un bain à l'autre. Dans les cas de psoriasis avec poussée congestive intense il peut arriver que le bain produise un dessèchement exagéré de la peau qui se fendille, ce qui occasionne des douleurs assez vives, mais en prenant soin de faire après chaque bain une légère onction avec un corp gras, le traitement peut parfaitement se continuer.

Les pityriasis généralisés et les séborrhéides sont encore plus rapidement modifiés que les psoriasis ; tous les malades qui en étaient atteints et qui ont suivi régulièrement et journellement la cure des bains de longue durée ont été guéris après le sixième ou le septième jour.

Parmi les nombreux eczémas localisés ou généralisés soumis aux bains d'ichthyol et qui ont tous été favorablement influencés nous avons trois cas plus particulièrement intéressants à relever.

Il s'agissait d'eczémas généralisés avec rougeur et suintement de presque toutes les régions du corps, accompagnés d'un prurit intense empêchant les malades de dormir. Les premiers bains produisirent une réaction inflammatoire, sous forme d'une augmentation de la rougeur, du suintement et de la démangeaison, puis à partir du sixième bain, du quatrième dans l'un des cas, les symptômes inflammatoire disparurent. Le suintement a cessé sans qu'il y ait formation de croûtes, la teinte érythémateuse est remplacée par une légère pigmentation et la peau reprend enfin son aspect normal. Les malades prenaient des bains journaliers d'une durée variant entre quatre et six heures.

Il ne faudrait cependant pas croire que toutes les dermatoses bénéficient d'une façon aussi heureuse de cette médication. Il est des eczémas qui s'améliorent pendant le traitement et rechutent dès que les bains sont suspendus. Toutes les méthodes thérapeutiques sont du reste dans le même cas.

Plusieurs rhumatismes se sont enfin bien trouvés de la balnéation ichthyolée et en particulier les rhumatismes blennorrhagiques mono et polyarticulaires; il faut employer alors des doses d'ichthyol plus fortes, 500 à 600 grammes par bain; les poussées aiguës sont rapidement améliorées et si le gonflement persiste, les douleurs sont de beaucoup diminuées. Des inflammations monoarticulaires ont disparu après le quatrième jour de bains sans laisser aucune trace de leur passage.

Quelques malades souffrant de rhumatismes chroniques non gonocociques ont pu grâce à ce traitement supporter la saison froide sans atteinte de douleurs, alors que dans les hivers précédents ils en souffraient au point de devoir suspendre leurs occupations, mais encore pour ces affections, il est certains cas qui ne furent pas modifiés.

En résumé, les bains d'ichthyol paraissent d'après les recherches que nous avons entreprises, devoir prendre une place importante dans la liste des bains médicamenteux. Ils produisent un effet assez semblable à celui obtenu par les bains sulfureux et ils ont l'avantage de ne pas être irritants, tout en étant plus antiseptiques.

La dose habituelle d'ichthyol doit être de 250 gr. par baignoire, mais elle peut sans inconvénient être portée à 600 ou 700 gr. dans des cas particuliers; les bains peuvent se donner dans n'importe quelle baignoire; leur préparation est des plus

bain au moment de le prendre

squamieuses ou suintantes sont
sement modifiées par les bains
1. L'installation d'une piscine
effet des plus heureuse.
eu à noter d'exacerbation ou
ée, et si les résultats ont été
nais nuisibles.

ÉTÉS

J CANTON DE FRIBOURG.

, tenue aux Charmettes, à Fribourg.

usaz, vice-président.

M. Buman-Guibert se font excuser

rapporte sur les comptes de l'année

oratoire de bactériologie, est reçu

très complet sur les discussions qui
grès de chirurgie de Paris.

ce de Marsens, communique une
provoquée par la *Primula obconica*.

provoque chez certaines personnes
ien caractérisée, mais encore peu
es feuilles et des fleurs, sur les ner-
que le microscope montre formés
en massue; ces poils contiennent
rottement des feuilles, même sèches,
contact avec la peau qui l'absorbe
même c'est le cas pour l'ortie). Plu-
nain, survient une douleur sourde,
traissent des élevures dures, noueu-
er. La douleur augmente le soir. Au

bout de trois à quatre jours cet état disparaît peu à peu. Parfois il y a des vésicules d'urticaire qui peuvent suinter. La face dorsale des mains, les poignets et toutes les parties en contact avec la plante peuvent, chez les personnes prédisposées, être le siège de la dermatite. Comme traitement : lavages abondants à l'alcool pur et au savon ; comme moyens prophylactiques chez ceux qui doivent manier cette plante : gants, vaseline, etc.

Le Secrétaire : Dr COMTE.

Séance du 24 avril 1903, à l'hôtel de la Croix-Blanche, à Romont.

Présidence de M. WECK, président.

20 membres présents.

La séance est honorée de la présence de M. le prof. de Cérenville, de Lausanne.

M. WECK, président, délégué fribourgeois à la Chambre médicale suisse, rapporte sur les questions des assurances-maladies et accidents. Après discussion, les propositions présentées par la Chambre sont adoptées.

M. CHASSOT fait part d'une observation personnelle concernant une *rupture utérine* survenue chez une parturiente, à la montagne, après une version et extraction. La malade transportée à la Clinique du Dr Clément guérit par hystérectomie abdominale.

Cette communication, réveille de nombreux et poignants souvenirs à MM. CRAUSAZ, JAMBÉ, BUMAN-GUIBERT, CUONY, WEISSENBACH, qui tous ont observé des cas de rupture, soit déchirure utérine.

M. G. CLÉMENT relate plusieurs cas intéressants observés dernièrement. Il insiste sur la facilité qu'il y a maintenant de pratiquer des *ponctions cérébrales*. Au sujet du traitement du *cancer du sein* il recommande dans certains cas l'*ablation des muscles pectoraux*. Cette technique donne d'abord un large champ d'observation ; c'est une opération facile ; elle n'est pas suivie de trop d'incapacité ni de déformation.

M. BUMAN-GUIBERT, notre doyen d'âge, lit la relation détaillée d'un cas d'*affection cardiaque* observée chez un enfant de quinze ans qui durant la vie avait présenté à la percussion et l'auscultation des signes rendant le diagnostic indécis.

Le malade avait traversé toutes les maladies de l'enfance sans encombre et se portait bien à part un peu de dyspnée dans les efforts et les jeux. Il entre à l'hôpital pour une méningite. A l'examen on constate en particulier une matité allant du troisième au cinquième espaces intercostaux à droite en dehors de la verticale mamillaire et s'étendant jusque sous le bord droit du sternum. Impulsion générale énergique avec frémissements à la palpation sous le bord droit du sternum. Le foie et la rate ont une topographie normale. On ne constate rien de particulier dans les vais-

l'espace intercostal droit vers le rude correspondant au frémissement. Le bruit remonte obliquement vers la pointe du cœur et de même vers la pointe où il se fait le premier bruit, sans contour à la base; il est mal frappé à la fin de la systole diastolique. Au bout de quelques instants.

Il y a sténose de l'orifice de la valve aortique. Les signes éloignés de cette lésion sont les mêmes que dans la sténose aortique. L'examen du cœur par auscultation. Le cœur gauche est très hypertrophié; les valves sont épaissies par des caillots; tous les vaisseaux qui fonctionnent malgré l'occlusion de la mitrale, le cœur gauche pour s'écouler dans la circulation générale par la perforation du septum de la cloison, s'ouvrant par la contraction de la valve aortique (base), tandis qu'un nodule aspidique, fermait complètement l'orifice diastolique). Le siège de la lésion pulmonaire faisait rapidement passer à un vice

la Société qui ne constatent de l'orifice du septum; celui-ci ne se serait jamais oblitéré.

Le Secrétaire : Dr COMTE.

MÉDECINE

905.

POUR, président,

iches, sont reçus membres de l'Académie au Dr Dauty, de Paris,

latin même d'un doigt et leurs sonne de 52 ans qui s'était se doutait pas de la présence

de corps étrangers que la radiographie seule a révélée. M. Berdez a pris deux clichés successifs en déplaçant l'appareil de 0.075, soit de la distance qui sépare les deux axes oculaires et a disposé les photographies pour le stéréoscope : on peut voir nettement sur les radiographies un des fragments d'aiguille appliqué contre la face dorsale de l'os, tandis que le second paraît suspendu en l'air en avant de l'os, ce qui signifie qu'il est logé dans les parties molles. Il y a là un effet de perspective fort intéressant.

2° Un enfant que M. Krafft a opéré en janvier dernier, à l'âge de onze mois, pour une *hernie étranglée*. Le malade a présenté en outre une série de complications dont il est sorti vainqueur. Le 13 janvier 1905, il avait été transporté à la clinique de Beaulieu, et opéré d'urgence entre 11 h. et minuit. Avant l'opération la température était de 38.6 et on constatait nettement des symptômes de rougeole en incubation. Narcose à l'éther, sans complications, ni avant ni après. A l'ouverture du sac on trouva le cœcum surmonté fièrement d'un processus vermiciforme dur et congestionné. Appendicectomie et cure radicale de la hernie. Guérison *per primam*, sans réaction aucune. Le troisième jour éruption de rougeole, avec 40.1 ; le septième jour il n'y avait plus que 37.2.

Il est à remarquer que la rougeole n'a pas entravé la guérison rapide et parfaite de la plaie ; l'appendicite a été très probablement la cause de l'étranglement, l'appendice a retenu le cœcum comme le crochet d'un hameçon. En outre la narcose à l'éther n'a eu aucune influence nocive sur les bronches en puissance de rougeole ; l'enfant n'a pas présenté le moindre symptôme de bronchite, ce qui tendrait à prouver que les accidents pulmonaires dont on accuse si fort l'éther, proviennent beaucoup plus de manque de précaution que de la narcose elle-même. Avec un estomac vide, une table chauffée et une salle d'opération à 20°, il n'y a rien à risquer dans une narcose à l'éther.

3° Une préparation anatomique provenant d'une *grossesse extra-utérine* que M. Krafft a opérée en février 1905, avec le bienveillant concours de MM. Rossier et Rogivue.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, mariée à 26 ans. Le mari prétend n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Pas de grossesse, ni de fausse-couche antérieure. En 1899, la malade a souffert du ventre pendant six à sept mois, elle était probablement atteinte de salpingite. Règles le 10 décembre 1904, puis le 18 janvier 1905, avec dix jours de retard ; dès le 18 petites pertes rosées, dont la malade ne se soucie pas.

Le 10 février, au matin, vives douleurs dans le ventre (première hémorragie), un vomissement, col mou, pas de pertes, parametrium douloureux à gauche, Douglas libres ; pouls misérable ; pâleur. Le diagnostic s'impose et une intervention est conseillée ; la malade refuse. Opium, glace, repos.

Le 11 février, matité très nette et sensible à la percussion au-dessus du pubis et du Poupart gauche ; le 14, pertes rosées ; le 16, on trouve

un fragment de caduque dans le pansement; ce débris présentait un pertuis très net correspondant à l'orifice d'une des trompes. L'opération est toujours refusée; le 17, deuxième série de douleurs intenses, vomissements, ballonnement du ventre (seconde hémorragie): le 18, troisième crise, la malade est exsangue, souffre à crier; elle se décide à se laisser opérer. Transport à la clinique de Beaulieu dans la nuit.

Opération le 19 au matin; pas de complication opératoire; beaucoup de caillots dans le ventre, au milieu desquels l'embryon est trouvé intact. Suites opérations normales; la malade quitte la clinique, guérie, le 13 mars, soit le vingt-troisième jour.

Comme la préparation le montre, il s'est agi, dans ce cas, d'un avortement tubaire, avec trois hémorragies successives.

4^o Une *hernie ombilicale*. Dans un article fort intéressant (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, p. 537), M. le Prof. Tavel, de Berne, a proposé une technique nouvelle pour l'opération de la hernie ombilicale. Cette hernie est fréquente; les bandages sont désagréables à porter et la guérison sans opération n'est souvent qu'illusoire, c'est-à-dire que la hernie semble aux parents avoir disparu, mais, reparait lors d'une grossesse, par exemple, et incommodé sérieusement la malade. L'opération qui réussit fort bien, présente le gros inconvénient de déparer l'abdomen en lui enlevant son axe, l'ombilic. C'est sûrement pour cela que le médecin renonce souvent à opérer pour ne pas laisser une cicatrice qui sera considérée comme une tare, surtout à cause de l'incision, jusqu'ici considérée comme nécessaire, de la cicatrice ombilicale. M. Tavel incise la peau au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, en arc de cercle et transversalement. Le sac est ensuite libéré de la peau; si cet acte est rendu impossible par des adhérences, on laisse le sommet du sac fixé à la peau, et on dissèque et excise le reste. On circonscrit l'anneau ombilical par une incision qui porte à sa base; l'incision ne comprend que l'anneau fibreux et pas le péritoine. Le sac est ensuite tordu sur lui-même, lié à la soie et sectionné. Enfin, la paroi est suturée dans le sens transversal et on applique un bandage compressif.

La malade présentée par M. Krafft est une femme de 24 ans qui souffrait d'une hernie réductible de petite dimension; elle a été opérée le 6 mars dernier, d'après la méthode Tavel; le 15, elle quittait la clinique avec une plaie bien guérie *per primam*. L'ombilic est conservé, comme on peut le voir, et en outre la cicatrice opératoire qui aujourd'hui dessine un accent circonflexe au-dessus de l'ombilic, va disparaître dans les plis de la peau bien plus facilement que ne le ferait la cicatrice verticale ordinaire.

M. BERDEZ rappelle au sujet des complications pulmonaires consécutives à la narcose, les travaux du D^r Mayor, de Genève, sur l'utilité des injections d'atropine pour diminuer la salivation exagérée produite par l'éther, et réduire ainsi la fréquence des pneumonies.

M. TAILLENS dit que les pneumonies sont beaucoup moins fréquentes, si

l'on a soin de désinfecter la bouche et (il cite à ce propos le travail d'un chirurgien).

M. ROSVIERA présente un œuf de douze semaines extra-utérine opéré avec succès.

Le président ouvre la discussion sur la mortalité infantile à Lausanne et dans le canton de Vaud.

M. TAILLENS estime que la mortalité infantile peut-être due à une question d'hérédité, d'influence héréditaire double, celle du père et de la mère, à des degrés différents. Le garçon est plus affecté que la fille; il est donc, d'ordinaire, davantage du père que de la mère. Les héréditaires sont bien plus fréquemment d'origine paternelle qu'il n'y aurait donc, d'après cette hypothèse, à sa naissance, apportât un garçon, à sa naissance, apportât un garçon.

Ainsi que le fait très bien remarquer le président, les affections aiguës des voies respiratoires sont contagieuses. Il y a donc avantage en pratique, non pas absolu comme en cas de maladie, mais suffisant cependant pour éviter un cas de contagion.

Quant à la tuberculose, l'impression est que, dans l'enfance, cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit. Cependant, à cet âge-là, la marche particulière. Relativement rare, elle est fréquente comme tuberculose pulmonaire. Les méningites bacillaires ne sont que la phase aiguë ou subaiguë. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir les parents du petit malade; on constate alors, dans les semaines, en général, il y a eu absence de fièvre, mais que, par contre, il a existé une infection générale: trois ou quatre mouvements fébriles, modifications dans l'état général, fréquemment sur ces signes précurseurs de diagnostic de méningite tuberculeuse au début.

Que la tuberculose du tout premier âge soit due à ces quelques considérations s'applique à l'enfant de dix mois. On peut expliquer ce point de vue: le nouveau-né est incapable par lui-même de se défendre, l'enfant peut se trainer par terre, trouve ainsi de multiples occasions de contracter la tuberculose.

Dans l'étiologie de la tuberculose infantile, la prédisposition individuelle, héréditaire, est la plus importante.

¹ Voir cette *Revue*, 20 avril 1905, p. 25.

terrain, la constitution, du moins pas achevée. Comme preuve on cite l'hospice de Montévrin, à Lagny, où l'assistance publique place les enfants. Ces enfants viennent de Paris, ils ont eu, par conséquent, dans leur passé héréditaire, de nombreuses maladies; malgré cela, après un bon allaitement, et grâce à une hygiène soignée, la croissance est parfaite, la croissance

des enfants de mère tuberculeuse, sont plus faibles que ceux de mère saine. Le biberon, ne prouve pas nécessairement la nécessité du lait. Cette déduction est un peu hâtive. L'enfant qui est en effet en contact plus fréquent avec le lait, est par conséquent plus exposé à être

atteint de troubles digestifs, il faut, de toutes manières, l'allaiter au sein. Les gardes et les nourrices ont l'habitude d'y renoncer à la fin de la lactation, si toutes les règles ont été réglées, si la physiologie de la lactation est indiquée, on doit, cela va de soi, pratiquer la stérilisation du lait, mais on ne doit pas oublier que la stérilisation est fréquente, et que pour les enfants qui meurent de trop manger. Le lait cru, le lait mal, et l'infection gastro-intestinale peuvent alors évoluer. Le lait cru, le lait vivant, théoriquement préféré, à part les hôpitaux et cliniques, avec tous les soins voulus, la stérilisation, le lait mort, il faut choisir le lait stérilisé et un lait mort mais stérile, second qu'il faut donner la préférence au lait stérilisé, il ne faut pas médire du lait stérilisé.

Il faut assister avant, pendant et après l'allaitement au sein, soit en facilitant l'allaitement en donnant des secours matériels, soit en aidant la mère que l'allaitement fatigue, soit en aidant l'enfant (tranchées) que pour l'enfant. On prend en effet les gens par où ils sont, et on les développe d'une manière qui serait distribuée par l'Etat à la naissance, à toutes les mères

et, comme du reste dans la plu-

part des domaines, l'ignorance fait un tort énorme. La mère, à bien peu d'exceptions près, doit faire ses premières expériences sur ses propres enfants, ignorante qu'elle est des règles de la puériculture. A l'école et après l'école, on apprend à la jeune fille la musique, la littérature, l'histoire de l'art et on ne lui dit rien de l'élevage de l'enfant. Par une prudence aussi sotte qu'injustifiée, on lui laisse ignorer tous les devoirs qu'elle aura à remplir vis-à-vis de ses futurs enfants.

M. COMBE pense qu'à côté du mauvais terrain si bien étudié par M. Morax, il faut dans l'étiologie de la mortalité de l'enfant faire une place importante à la dyspepsie. Celle-ci est un état maladif causé par une disproportion entre l'aliment et les sucs digestifs. Cette disproportion produit un résidu alimentaire qui devient la proie des microbes intestinaux, d'où autointoxication avec ses symptômes et ses complications. La dyspepsie peut donc être ou alimentaire ou organique.

La dyspepsie alimentaire est quantitative quand les repas sont trop gros, trop fréquents ou trop riches. Elle est qualitative quand l'aliment est mal choisi (soupes avant le sixième mois) ou adultéré par des essences volatiles, des acides, des toxines, etc. Pour éviter la dyspepsie alimentaire, faire nourrir l'enfant par sa mère ou à défaut avec du lait pasteurisé ou même, si possible, simplement chaud provenant de vaches inoculées à la tuberculine et nourries au foin. Eviter la suralimentation. La dyspepsie quantitative est donc dans les mains de l'hygiéniste.

Il n'en est plus de même de la dyspepsie organique qui se réclame du médecin. Elle ne peut être étudiée que par l'examen macroscopique et microscopique des selles et cette étude seule permettra, en faisant disparaître le résidu alimentaire indigéré, de guérir la dyspepsie.

M. MURER a été très frappé de voir par le beau travail de M. Morax, combien la mortalité infantile a peu diminué dans notre pays depuis le milieu du XVIII^e siècle, et cela malgré l'antisepsie (disparition des infections de l'ombilic, du tétanos des nouveau-nés, etc.), et malgré les efforts faits pour améliorer l'alimentation artificielle.

Préoccupé dès longtemps de l'importance de l'allaitement maternel, M. Muret a cherché à obtenir quelques données statistiques sur cette question dans le canton de Vaud : d'après les résultats fournis par quelques sages-femmes de Lausanne, il y aurait une proportion de 68,5 % de femmes qui allaitent, et de 31,5 % qui n'allaitent pas ; la réalité doit être bien au-dessous de ces chiffres, puisque les sages-femmes ne suivent les accouchées que pendant neuf jours, et que ces dernières renoncent trop souvent bien vite à nourrir. En tout cas, le nombre des femmes qui allaitent est certainement très inférieur à ce qu'il devrait être dans notre pays. Ce fait est dû à beaucoup de causes : d'abord le médecin et la sage-femme n'insistent pas assez énergiquement auprès de leurs clientes, auxquelles il ne faut pas demander si elles *veulent* nourrir leurs enfants, mais à qui il faut montrer l'allaitement comme une obligation morale, physique et sociale, comme un fait sur lequel on ne discute même pas. En outre,

les seins ne sont en général pas bien soignés, et il faut trop souvent abandonner l'allaitement à cause des crevasses qui ne guérissent pas, ou des abcès du sein, alors que des soins convenables peuvent guérir les unes et prévenir les autres. Les sages-femmes et souvent les médecins ne connaissent pas suffisamment la physiologie des glandes mammaires, et entre autres le fait que, s'il y a peu de lait, le meilleur excitant de la sécrétion lactée est la succion, et que lorsqu'il y a engorgement de sein, il faut laisser cet organe au repos. Le meilleur moyen de diminuer la mortalité infantile sera toujours l'allaitement maternel.

Il existe en outre dans notre pays, chez les sages-femmes et dans le public, des principes erronés et une pratique souvent défectueuse de l'alimentation au biberon. C'est ainsi que l'on a la tendance fâcheuse de donner des repas trop considérables et trop rares; c'est ainsi que la pratique des renvois favorise la suralimentation; c'est ainsi encore que les pesées, si utiles lorsqu'elles sont judicieusement employées, deviennent souvent un prétexte pour gaver les enfants afin d'augmenter leurs poids plus rapidement.

Si l'on veut diminuer la mortalité infantile, il faut lutter énergiquement contre certains préjugés concernant les filles-mères. Il existe ici des institutions charitables telles que la Société maternelle, qui ne fournit du linge et une layette qu'aux femmes mariées; une crèche qui n'admet que exceptionnellement des enfants illégitimes!, etc. Au point de vue philanthropique, comme au point de vue médical, il ne devrait y avoir aucune différence entre femmes mariées et filles-mères, entre enfants légitimes et naturels. Lorsque ces différences injustes et injustifiées auront disparu, la mortalité des enfants illégitimes, qui est deux fois plus forte que celle des enfants légitimes, pourra diminuer.

Enfin, il faut songer à la situation précaire et difficile des filles-mères pendant leur grossesse et après leurs couches et chercher à créer des refuges-ouvriers, comme l'a indiqué M. Morax, et des pouponnières, où les filles-mères, hospitalisées, pourront allaiter leurs enfants. Tout ce qui sera fait dans ce sens contribuera à diminuer la mortalité infantile par débilité, en même temps qu'à réparer des injustices sociales et à venir en aide à des femmes souvent bien plus malheureuses que coupables.

M. KRAFFT fait remarquer combien l'éducation de la jeune fille se modifie aujourd'hui. L'école prend la jeune fille à sa mère pour lui inculquer tout un bagage de connaissances superflues. M. Krafft aimerait que l'on complète l'éducation des jeunes filles dans une toute autre direction et préconise l'enseignement de la puériculture dans les écoles de filles, auprès desquelles l'on devrait rapprocher les crèches.

M. YERSIN montre combien le « *sédentarisme* » influence défavorablement le développement de la jeune fille. Il a eu l'occasion de constater que dans les cités industrielles les jeunes filles sont réglées très tôt; les accouchements au forceps sont plus fréquents. Au Bois d'Amont, par exemple, où les femmes font le travail des hommes, sur dix mères, neuf

t leur nourrisson, tandis qu'à La Vallée sur cinq femmes, une peut allaiter, et les accouchements forcés sont beaucoup plus fréquents.

M. BONNARD est d'avis que la mortalité infantile se rattache entièrement à une question d'allaitement. A cet égard le rôle du médecin et de la femme est extrêmement important.

M. CÉRÉSOLE désire que l'on donne une solution pratique à l'intérêt de la discussion qui vient d'avoir lieu, en invitant le Conseil d'Etat à déposer un projet de loi, analogue à la loi Roussel, pour protéger l'enfant pendant les premières années de son existence. Il dépose une motion en ce sens.

M. MORAX remercie tous les orateurs qui ont pris part à la discussion. Il est heureux de voir ses confrères résolus à entrer dans la lutte pour réduire la mortalité des tous petits. Il aimerait, d'accord avec M. Krafft, la Société demandât l'introduction de l'enseignement de la puériculture dans les écoles. L'idée de M. Taillens, de distribuer des brochures aux parents lors de l'inscription de l'enfant à l'Etat civil, lui paraît excellente. Il pense que cet essai, déjà tenté dans d'autres cantons, n'aurait pas donné des résultats très encourageants.

La discussion est close. La proposition de M. Cérésole amendée par les suggestions de MM. Krafft, Morax et Taillens, est appuyée par l'unanimité des membres présents, sans discussion.

Le Conseil adressera donc les vœux suivants au Conseil d'Etat :

Considérant que la mortalité infantile du premier âge reste très élevée dans notre canton et qu'elle n'a pas bénéficié, comme la mortalité adulte, des progrès de l'hygiène et de la médecine ;

Considérant que dans un très grand nombre de cas, cette mortalité est due à des maladies évitables et causées par l'ignorance ou la négligence ;

Considérant que les œuvres philanthropiques actuellement existantes, dues soit à l'initiative privée, ne sont pas suffisantes pour améliorer la situation des tous petits et les protéger contre l'ignorance ou la négligence, dont ils sont trop souvent victimes ;

Considérant que l'intervention de l'Etat est très désirable dans ce domaine, et que son action sera hautement utile.

La Société vaudoise de médecine exprime le vœu :

Que le Conseil d'Etat veuille bien faire étudier un *projet de loi* destiné à protéger les enfants du premier âge.

Que l'enseignement de la puériculture soit donné dans toutes les écoles de filles, qu'il revête surtout la forme de *leçons pratiques* sur les soins à donner aux petits enfants et qu'on utilise pour cela les crèches là où elles existent.

Qu'une instruction sur l'hygiène du premier âge, rédigée sous forme simple et concise, soit distribuée gratuitement par les officiers d'Etat civil aux parents qui viennent inscrire la naissance d'un enfant.

Le Secrétaire : Dr A. LASSURER.

1905.

ident.

nnuel de la Commission

le M. Krafft, charge la
ivre l'étude de la créa-
s honoraires.

au Corps médical par
été à fixer des mainte-
urances.

firmé et servira de base
ours.

l'autorisation d'entrer
différentes Sociétés de
ni de la Société vandoise
service médical auprès
Dr E. Mayor du 2 juin

discussion à laquelle
ARSOLE, BOLAY, YERSIN,
er une lettre au Dépar-
porter sa circulaire du
s par les Communes.

Intérêts professionnels :
L.

ÈVE

cantonal

ident.

ainte de *cancroïde de la*
ème, suivie de la trans-

consulter pour un can-
aupière inférieure était
la paupière supérieure;
sinage de la cornée; le
ers l'os lacrymal, il était

solidement soudé au rebord orbitaire inférieur, ainsi qu'à l'apophyse nasale de l'os frontal ; ce qui persistait de la conjonctive bulbaire était œdématisé et un ptérygion interne recouvrait la partie interne de la cornée. Extirpation du néoplasme au bistouri et transplantation immédiate de lambeaux dermo-épidermiques de Thiersch sur la surface cruentée. Ces lambeaux recouvrent également le globe oculaire là où il a été privé de conjonctive. A l'exemple de Goldmann, aucun pansement n'a été appliqué sur les lambeaux qui restent exposés à l'action de l'air. Ils reprennent tous, y compris ceux qui remplacent la conjonctive ; actuellement la malade présente une cicatrice étendue, sèche et souple ; le globe oculaire, emprisonné dans les bandelettes de Thiersch, a conservé néanmoins une certaine mobilité ; ce qui reste de la paupière supérieure suffit pour protéger la cornée.

Un autre cancroïde s'était développé chez la même malade en même temps que le premier ; il était plus limité et localisé à l'aile droite du nez. Il a été cautérisé à la potasse caustique. M. Kummer ne pense pas que ce second néoplasme, postérieur en date au premier, provienne d'une greffe néoplasique ; il suppose plutôt qu'il s'agit du développement simultané de deux ulcérations malignes indépendantes sur un terrain prédisposé ; en effet, la peau du visage de l'opérée est exfoliante, on y remarque une hyperkératinisation généralisée, avec formation par places de croûtes adhérentes à des ulcérations très superficielles et disséminées sur toute la face. Il est bon d'ajouter que la malade est sujette aux érysipèles ; elle en a été atteinte pour la dernière fois il y a environ une année.

M. GIRARD dit que l'exposition à l'air des greffes est praticable pour la face, mais plus difficile pour les autres régions exposées à de nombreux frottements. Il recommande le procédé qui consiste à fixer la greffe au moyen d'une bandelette de mousseline de soie fixée sur la peau saine par du collodion.

M. KUMMER répond qu'il a pu sans difficulté exposer de larges plaies de la jambe et du bras à l'air, pendant deux à trois heures, jusqu'à ce que la greffe adhérât bien. Le pansement fut alors appliqué.

M. GAUTIER présente une enfant de quatre ans atteinte de crétinisme, et qui a été traitée avec succès, par les *greffes thyroïdiennes* sous-cutanées. (Voir p. 397).

M. KUMMER qui a pratiqué les greffes chez cette enfant, tient à signaler encore un autre cas, qu'il a traité selon la méthode du prof. Cristiani, mais ce second cas ne paraît pas pouvoir constituer une observation probante, car, au cours de la thyroïdectomie, M. Kummer avait eu soin de conserver une partie de la glande. Selon lui les résultats des greffes sont moins favorables chez les myxœdémateux qui cependant bénéficient d'une amélioration immédiate. Il rappelle le cas d'un enfant de huit mois chez lequel la greffe a donné un résultat merveilleux.

M. CRISTIANI : Le cas qui est présenté aujourd'hui ne montrait pas les signes classiques de l'absence du corps thyroïde. Le myxœdème faisait

de l'imbécillité qu'on a pensé à la greffe. M. Kummer et Gantier, M. Cristiani est ne. ne sont pas défavorables à la greffe, si or les malades avant l'opération par l'in-

diennne est très délicat et cependant de la nde partie des insuccès attribués à la mé- séquence d'un choix défectueux du tissu à rvir d'un tissu thyroïdien normal et non souvent dégénéré, mais, fait curieux, on éultats en se servant du tissu provenant par une glande en apparence saine. Cela ns goitres, on trouve à la périphérie de la nouvellement formé, fragments que l'orga- à la fonction de la glande malade. Ces ne activité plus considérable que le tissu

au microscope le tissu-graine avant de le l doit remplir les conditions suivantes : grand, garni de cellules épithéliales cubi- en développé et non infiltré. Quand le oppé, on peut prédire que la greffe sera tout d'abord. Il faut toujours que le tissu tre pendant qu'il est encore en place, car l'organisme pendant plus de dix secondes, ues.

tées, de surélevées qu'elles étaient, s'apla- ce de la pression de la peau. M. Cristiani istence de greffes cinq ans après leur im-

la greffe est susceptible de donner lieu à ne quand la dose a été trop forte.

t toujours, avant de procéder à des greffes, ade par un traitement préalable avec des , où l'on ne peut se rendre compte, même ur du tissu à greffer, il est préférable de nces, afin d'éviter que la résorption trop , toujours lieu partiellement, ne donne lieu e compte les effets consécutifs aux greffes car, avant ce délai, ils sont presque tou-

fait des greffes sur des adultes crétins.

ativement. Les adultes peuvent être amé- nd on greffe une quantité de tissu insuffi- s'hypertrophier jusqu'à ce qu'elles aient

acquis les propriétés requises par l'organisme. Cependant il peut arriver que ces greffes se fatiguent; il faut y suppléer par le traitement *ab ore*.

M. BARD présente :

1° Une femme atteinte d'un *néoplasme de l'estomac*, très probablement de la grande courbure qui a envahi le colon transverse et a été la cause de la formation d'une *fistule gastrocolique*. Les phénomènes qui font penser à ce diagnostic sont l'apparition d'une diarrhée très notable avec exagération du transit des substances ingérées par la bouche, transit trop rapide pour qu'on pût supposer qu'il fût dû seulement à une exagération du péristaltisme.

2° Un homme qui présente tous les signes de la *perforation d'un néoplasme gastrique* avec formation de périgastrite enkystée. Le point intéressant qui ressort de l'étude de ce cas, c'est qu'il s'agit très vraisemblablement d'un néoplasme et non d'un ulcère (Âge du malade, résultat du chimisme gastrique, etc.).

3° Un homme atteint de *rhumatisme tuberculeux* et présentant quelques signes de tuberculose du poumon. En janvier dernier, il fut pris soudain de douleurs rhumatoïdes au coude gauche, au poignet et à la main. On pensa à une poussée granulique sur les articulations. Le diagnostic manquait de preuve absolue, lorsque celle-ci fut fournie tout récemment par l'apparition d'un abcès froid au niveau du coude gauche.

4° Un homme atteint de *dilatation bronchique* avec formation de *doigts hippocratiques* très manifestes, mais seulement à gauche. En cherchant pourquoi le même phénomène ne s'était pas produit à droite, on découvrit que le malade avait été atteint autrefois d'une large plaie de l'avant-bras droit, ayant intéressé les vaisseaux et les nerfs, plaie qui avait par conséquent exercé une action empêchante sur la production du phénomène en question.

M. E. MARTIN dit qu'il a vu des doigts hippocratiques se former assez rapidement chez un enfant de dix ans, atteint de pleurésie purulente à streptocoques.

M. GAUTIER rappelle le fait qu'on voit très rarement des doigts hippocratiques chez des personnes saines.

M. BARD estime cependant qu'il est rare de voir un adulte contracter la lésion en question après une maladie pulmonaire.

M. GIRARD présente un malade qui avait été traité plusieurs fois dans le service de chirurgie pour *hypertrophie de la prostate* et cystite, au moyen du cathétérisme et de lavages de vessie, mais sans grand succès. Il pratiqua chez ce malade la *prostatectomie transvésicale* par la méthode de Freyer. La muqueuse vésicale étant divisée, soit avec l'ongle, soit avec un instrument mousse, on énuclée la prostate fragment après fragment. Le danger de la méthode réside dans la grande facilité avec laquelle la portion initiale de l'urètre peut être détachée du col de la vessie. Il est vrai que cet accident ne paraît pas avoir de suites très fâcheuses.

ent et a vu sa cystite disparaître.
 ité à voir des cobayes chez les-
phénomènes du manège, par une
 ie façon variable par la rotation
 ie tourne dans le sens du mou-
 rsqu'elle tourne en sens opposé,
 périence invite M. Bard à for-
 nsorielle », du mouvement de
 rétaire : Dr Charles JULLIARD.

PHIE

ique et opératoire; 4^e édition.
 ILE; tome I, un vol gr. in-8^e de
 , Masson et Cie.

la Faculté de Paris, faisait pa-
 1890; depuis lors deux éditions
 dérables. Il n'en est pas de même
 cours de publication; l'auteur
 pitres concernant le traitement,
 progrès de la technique chirur-
 plus nettement les indications
 » tel ou tel procédé dont son ex-
 é, donnant ainsi à son œuvre un
 al que par le passé; l'anatomie
 managée pour être mise à la hau-
 si le texte a-t-il été notablement
 qui ont subi de nombreuses addi-
 une qui vient de paraître, traite
 ie, des moyens de réunion et de
 que, des métrites, des tumeurs
 omes, cancer, sarcome, endothé-
 lin), des déviations utérines, du
 version de l'utérus et des diffor-
 » et hypertrophie). Le second et
 » doutons pas que cette nouvelle
 s premières.

siologique; un vol. gr. in-8^e de
 Alcan.

lé de médecine de Paris, expose
 exactes de chimie physiologique,

sans l'étalage d'une érudition chimique spéciale. Il a divisé son livre en trois parties : Dans la première, il étudie les *principes constitutifs de l'organisme*, en ne donnant pour chacun d'eux qu'une description courte et précise, dans laquelle il rappelle seulement les notions utiles pour le praticien. La deuxième partie est consacrée à l'étude des *liquides et tissus de l'organisme*. La troisième traite des *fonctions de l'organisme*.

M. Chassevant a développé spécialement toutes les questions nouvelles ; il donne une importance particulière aux chapitres traitant des enzymes, toxines, antitoxines, etc. ; des principes actifs des glandes utilisées en opothérapie ; du sang, de son analyse, de ses propriétés physiologiques et pathologiques : sérodiagnostic, leucocytose, isotonie, sérothérapie ; des nouvelles théories physiologiques de la digestion. Pour chaque substance importante, il indique une méthode permettant de la caractériser et de la doser s'il y a lieu. Il a choisi parmi les nombreuses réactions, celles qu'il a reconnues comme les plus faciles à exécuter et les plus exactes. Toutes les réactions, toutes les méthodes de dosage indiquées ont été réalisées par lui ou par ses préparateurs. Le lait et l'urine sont étudiés en grand détail, pour permettre au lecteur de faire lui-même les analyses de ces liquides, de lire avec fruit les analyses complètes qu'il peut demander au pharmacien ou au chimiste, et de ne pas accorder créance aux analyses empiriques ou inexactes. Le livre se termine par un chapitre donnant quelques notions sur les aliments, les rations et les régimes alimentaires.

VARIÉTÉS

Quelques lignes à la mémoire du Prof. Zahn et sur l'étude de l'Anatomie pathologique et de la Pathologie générale.

Extraites de la Leçon d'ouverture donnée le 24 avril 1905.

Par le Dr ASKANAZY

Professeur d'Anatomie pathologique de l'Université de Genève.

L'orateur, après avoir salué ses nouveaux collègues et rappelé le souvenir du professeur Zahn, caractérise comme suit l'activité scientifique de son regretté prédécesseur :

Zahn était pour ainsi dire le trait d'union entre l'école française et l'école pathologique allemande. Notre musée pathologique qui renferme, outre des exemplaires classiques, des prépa-

rations rares, les documents de ses études et les objets de ses travaux, est une des meilleures preuves de son esprit scientifique qu'on retrouve également dans toutes ses publications ; il y apporte un soin extrême dans le détail de ses descriptions et expose avec une remarquable précision ses recherches objectives ainsi que les résultats qu'il a obtenus. Evitant les théories, il formule nettement la question, résume clairement la discussion et borne sa réponse à de simples conclusions immédiates. Il ne craint pas de revenir à plusieurs reprises sur le même sujet dès que de nouvelles données lui permettent plus de certitude ; c'est là la caractéristique de ses travaux. Il ne s'est jamais trompé dans l'observation des phénomènes et ses interprétations sont presque sans exception admises par tout le monde. Après avoir relu ses travaux, je tiens à signaler qu'il y en a peu auxquels les recherches récentes aient apporté des modifications.

Une autre qualité particulière à ses œuvres, c'est le rapprochement continu que Zahn a su faire entre la théorie et la pratique de la médecine. L'anatomie pathologique est comme un édifice à deux façades, dont l'une représente les sciences théoriques et l'autre, aussi importante, la clinique, et Zahn a toujours cultivé avec persévérance les relations entre ces deux branches de la médecine, aussi n'a-t-il pas tardé à consacrer ses connaissances à la pratique pendant le temps que lui laissaient libre ses travaux scientifiques.

Ses nombreuses publications, considérées dans leur ensemble, nous permettent d'affirmer que son activité embrassait un grand nombre des domaines de la pathologie. Ses comptes-rendus périodiques publiés sous le titre : *Mittheilungen aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Genf*,¹ constituent pour nous un grand fond d'observations nouvelles et d'affirmations importantes au sujet de faits jusqu'alors isolés ou douteux. Ils'attarde volontiers sur les questions d'onkologie, sur l'étiologie et l'origine des tumeurs ; c'est ainsi, par exemple, qu'il étudie à ce point de vue divers kystes (de la plèvre, du foie, de l'œsophage, de la voûte du palais, kystes branchiogènes, tubo-ovariens). Il souligne la genèse des formations cartilagineuses, provenant de germes antérieurement isolés sous la peau du cou et le développement analogue des enchondromes de la moëlle osseuse.

¹ *Zeitschr. f. Chirurgie*, 1885, 1886, *Virch. Arch.* Bd. 115, 117, 123, 124, 143, 151.

statons avec plaisir que dans tous ces cas Zahn tient compte de la loi de la spécificité des tissus. Il étudie la histogénèse du carcinome. Il s'attache à découvrir la loi essentielle des tumeurs en général en greffant des parties de tissus embryonnaires et adultes sur les animaux; il est ainsi à produire souvent une prolifération de ces greffes¹. On a vu des métastases dans l'estomac, l'ovaire et les amygdales, en un mot, dans des organes jusqu'alors considérés comme étant presque indemnes. Nous savons maintenant que l'apparition de tumeurs malignes de l'estomac et de celles du cerveau n'est pas très exceptionnelle. Il met souvent et avec évidence les influences mécaniques et réciproques des muscles pour expliquer les changements pathologiques; c'est en abordant le domaine de la physique que l'on sent l'influence des études qu'il fit sous Helmholtz. Mentionnons encore ses remarquables recherches sur les myélomes multiples et le rapport de ces tumeurs avec l'anémie lymphatique. Ce sont ces recherches qui servent encore actuellement à l'étude de cette intéressante maladie. Il employa le mot pour ce processus le terme pseudo-leucémie myélogène, mais comme il l'ait depuis rejetée, cette dénomination a été reprise dans les dernières années.

Je n'ai pas encore parlé de cette partie de la pathologie dans laquelle Zahn est passé maître et où il a établi des faits nouveaux. J'ai nommé la pathologie de la thrombose et du système circulatoire. Avant la découverte du thrombus, tout le monde croyait que le thrombus était une colonne de sang coagulé pendant la vie. Ce fut à Zahn de prouver que cette loi n'était pas applicable à tous les cas. Sa découverte résultait d'une des premières observations de sa carrière médicale. Grande fut sa surprise, comme il le dit lui-même, lorsqu'il aperçut dans un vaisseau blessé du mésentère d'une souris, au niveau de la déchirure, aussi bien en dedans qu'en dehors de la paroi, un entassement de globules blancs qui augmentait de plus en plus l'ouverture du vaisseau jusqu'à former l'hémorragie une digue suffisante pour arrêter celle-ci. Cette observation toute fortuite fut pour Zahn le point de

Arch. Bd 95.

Monatsschr. f. Chir. 1885, Bd. 22 p. 2.

Med. de la Suisse rom. 1881

sur ce sujet. En simplifiant les comparant les résultats de ses tés à l'autopsie, il reconnut que l'accumulation et l'accollement ules blancs du sang. C'est lui t classes de thrombus blancs et e fondamentale : les thrombus que la circulation persiste, à qui ne se développent que par ine totale. D'après lui la genèse par une altération presque insi- ne, par le ralentissement de la a pression sanguine. Bien que ax qui voient, non dans lesleuco- jettes sanguines, les éléments u thrombus blanc, ce fait reste ientale de Zahn.

a et décrivit à la surface des ue qu'il étudia jusqu'à ce que, ' il pût le signaler comme un us le nom de côtes de thrombus. énomène, une explication très i excellent signe pour distinguer douteux, un nouveau thrombus

d'une voie de transport d'em- née. Ayant trouvé un thrombus otal resté ouvert, il en conclut passage direct du système vei- même et son élève Rostan ont otal reste assez souvent ouvert, embolies, qu'il a nommées em- . pas tardé à expliquer de la e transport de particules de

publié avec la collaboration de

issenschaftlichen Medizin. Festschr.

81.

Lücke, nous montre que dans l'étude jamais de vue l'ensemble.

Une preuve de la grande estime que l nous est donnée par le fait qu'ils l sur l'insuffisance des valvules ¹ au Cong de 1895. Il y démontra avec sa précision les phénomènes anatomiques reconnaiss trouble fonctionnel et, bien que cette chose de paradoxal, il a vu et décrit les carde que ce trouble fonctionnel provoc

En dehors de ses publications, Zahn temps et de dévouement à ses élèves. l travaux ont été produits sous sa directio nombre se sont fait un nom et plus d'u romande lui doit son instruction. Je s qu'il a été en grande estime auprès de

Tout professeur qui aime à instruire mettre ses connaissances, qui connaît et analyse scientifique des faits élément répétés maintes et maintes fois dans de rencontrer de l'intérêt chez ses au mon pays, pendant quinze ans, les rel avec mes élèves, j'espère trouver en vo la collaboration la plus assidue.

Par nos efforts communs, nous parvi connaître les procédés scientifiques né nature des phénomènes pathologiques, gique ne cesse pas d'être à la base d Cependant, il y a une vingtaine d'ann bactériologie eût pour mission de remp mesure le rôle jusqu'alors dévolu à la p ces médicales. Mais on n'a pas tardé à r iologie n'est dans l'étude de l'étiologie maladies parasitaires qu'une partie de Il est, en effet, impossible de comprend l'action des bactéries sans études histolo soit expérimentales. Certaines formes ne trahissent-elles pas la présence de m même pas à établir les différences ent

¹ *Verhandlungen des XIII Congresses für*

ctuellement, nous voyons,
 iches médicales entre elles,
 se rattacher de moins en
 es protozoaires, qui furent
 anus des pathologistes.
 de la bactériologie portent
 nfection et d'immunité et
 s déjà ici sur le terrain de
 il n'est pas de pathologiste
 des bactéries pathogènes.
 érir des connaissances sur
 nie pathologique, quelle est
 une science qui comprend
 de la médecine. Son but est
 t de toutes les observations
 les divers domaines de la
 s naturelles et même dans
 t pas de branches de la cli-
 s, qui ne fournissent leur
 Elle est pour ainsi dire à
 philosophie à l'égard des

tions de la pathologie géné-
 d'histologie pathologique.
 d'un processus inflamma-
 signification donner à la
 aractères typiques d'une
 microscopie qu'incombe la
 stions et à bien d'autres
 entent, plus nous nous ren-
 ls d'investigation en patho-
 ologique seront toujours le
 ourquoi, Messieurs, je ne
 plus grande attention aux
 je vous présenterai dans
 es ne pourra être que limi-
 breuses, elles sont le résul-
 et confirmeront ce que je
 avec soin ces preuves four-
 s bon d'admettre aveuglé-
 n n'a pas confirmées. Le

médecin a le devoir de soumettre à sa propre critique toutes les données anciennes ou modernes qui lui sont soumises, et c'est par cette critique apprise à l'Université qu'il arrive à sa devise : « Revenons au fait, » qui lui est fourni dans ce cas par le microscope.

En dehors des préparations histologiques, il est presque superflu d'ajouter que les préparations macroscopiques jouent un grand rôle dans l'étude et la solution de nombreuses questions de pathologie générale et plus encore de pathologie spéciale des organes. C'est dans ce dernier cas que je vous conseille de n'avoir pas tout de suite recours au microscope, mais de vous en tenir d'abord à l'œil nu. Recherchez le développement d'une lésion dès son début, suivez la dans toute son évolution et dans ses complications et seulement alors réclamez le contrôle du microscope. C'est par cette voie qu'on trouve la pathogénèse locale du processus morbide, et c'est elle qui éclaire le mieux l'origine des maladies, car s'il est important de reproduire les maladies humaines chez l'animal et si ces expériences sont nécessaires pour se rendre compte de l'origine et de l'évolution d'un processus pathologique, le premier objet de nos études reste le changement anatomique chez l'homme. En pathologie spéciale, on regarde, puis on discute l'un après l'autre les changements que subit un organe. Or, la nature ne connaît pas les limites entre l'état normal et l'état anormal ; aussi, est-il peut-être dangereux de séparer la partie du tout et de considérer un organe isolé du corps entier. Mais étudier, c'est diviser et la pensée humaine a besoin de classifications, nous ne démolissons que pour reconstruire. Dans ce but, en présence des maladies d'organes isolés, nous analysons et cela avec d'autant plus de raison que le point de départ siège dans un seul organe ou un seul système. Mais quel avantage pour nous si nous reconnaissons une réaction identique dans chaque système affecté, fournissant autant de preuves à l'appui des doctrines de la pathologie générale !

Ainsi les catarrhes de toutes les muqueuses, les inflammations de toutes les séreuses offrent des caractères analogues, ce sont ceux des inflammations superficielles. Nous aimons, du reste, à traiter dans un ordre régulier les changements d'un même appareil anatomique, bien que ses parties constituantes soient très éloignées les unes des autres ; c'est ainsi, par exemple, que les modifications du sang, des glandes lymphatiques, de la rate, de

mus rentrent dans un même cadre ; les appelés souvent glandes de la sécrétion e, l'hypophyse et les capsules surrénales adre. On voit ainsi que des organes dont structure offrent des analogies, présentent des conditions pathologiques des réactions

omique a des traits spéciaux et possède iers dont dépendent les phénomènes ormalement comme pathologiquement, aux lois mécaniques dans une proportion autres appareils. Mais, pour disposer ogie spéciale selon les affinités fonction également nécessaire de décomposer une vue d'ensemble sur la maladie, il mettre la lésion en corrélation avec les aniques afin de souligner la pathogénèse *æ affectionis*. Et bien, c'est aux cours rons chercher et expliquer les relations igements survenus chez le même indi-

cours pratiques gagnent en importance ; libérons de tout modèle ou plan, sauf it être à même de nous présenter le plus r possible l'objet de nos recherches. sie et de démonstration de nous donner relations directes et indirectes entre les rrganes. C'est là que se dévoilent les nt échappé aux investigations du médecine-litiques, par exemple,), c'est là que se maladie et que nous sommes capables de a mort, qui a une si grande importance ix yeux du public. Et c'est pour établir xessus pathologiques dans l'économie du un résumé de chaque autopsie. C'est lifficultés, nous aidant encore du microscopie, toute l'évolution d'une maladie et que dernier acte.

ndant, nous devons encore chercher une , consulter l'histoire de la maladie, les in qui nous fournissent des faits très

significatifs; il ressort alors sans peine des données cliniques d'une part et de l'anatomie pathologique de l'autre, l'impression d'un tableau d'ensemble. Maints phénomènes cliniques importants n'ont pas laissé, il est vrai, de trace sur le cadavre et, d'autre part, il existe des altérations remarquables des organes, qui ne sont mises en relief qu'à l'autopsie, parce que l'état du malade, l'invasion multiple et troublante des symptômes ou la rémission passagère de l'un ou l'autre d'entre eux ont rendu l'observation clinique difficile, sinon impossible.

La bactériologie peut aussi venir en aide pour éclairer le résultat de quelques autopsies. La recherche des microbes est intéressante dans tous les cas et dans certains d'entre eux, elle permet seule d'affirmer la nature infectieuse d'un processus. Nous nous souvenons à ce propos d'un cas où les cliniciens hésitaient entre le diagnostic d'une septicémie aiguë et celui d'une intoxication par le chloroforme et où la présence de streptocoques dans la rate et dans la moëlle des vertèbres, démontrée à l'aide de cultures, a révélé la cause de la mort. N'oublions pas non plus les cas où la constatation de la présence, non pas des bactéries, mais de leurs toxines, a une valeur décisive pour reconnaître la cause de la mort. Ainsi, par exemple, le tétanos donne des lésions anatomiquement peu caractéristiques, et si la porte d'entrée des bacilles est déjà fermée ou reste introuvable, l'anatomiste n'a alors aucune raison de penser à une infection. Le diagnostic dépendra du résultat de l'expérimentation qui consistera à injecter le sang du cadavre à une souris; ce résultat, si l'infection a eu lieu, sera positif même longtemps après la mort, à moins que le malade n'ait reçu une quantité de sérum suffisante pour neutraliser les toxines, bien qu'elle n'ait pu lui sauver la vie, les lésions du système nerveux étant déjà irréparables et mortelles.

Voici encore un nouveau point de vue qui nous est indiqué en particulier par le fait suivant : Une jeune dame se plaint de temps en temps de maux de tête considérés par son médecin comme étant de nature chlorotique. Elle n'avait présenté de son vivant aucun symptôme d'une affection du cerveau, aucune altération du fond de l'œil. Elle meurt subitement, et comme le médecin traitant avait finalement trouvé des traces d'albumine dans l'urine, il songea à une affection rénale. L'autopsie du cerveau ne fut pas demandée. On constata après la mort l'intégrité de tous les organes des cavités thoracique et abdominale,

18. Cette hyperémie, que nous
: d'altération cérébrale, nous
ie, et nous y avons trouvé une
que du quatrième ventricule.
essité de l'autopsie complète
elle souligne la valeur d'une
e comme une simple hyperé-

légères modifications anatomi-
que de diriger ses recherches
simple dilatation des canaux
facteurs visibles pour l'expliquer.
des réflexes vésicaux, comme
e sans connaissance pendant
ci, vous le voyez, la réplétion
la connaissance dans les der-
nières de ce cas où le dernier
oser ceux où l'on trouve des
du bulbe rachidien; celles-ci
sont de la respiration, le cœur
quelques heures. J'ai rencontré
une; celle-ci était une fois
trouvée chez un tabétique dans
et une autre fois d'une inter-
rèction: une profonde incision avait
été faite; d'autres fois encore, il
s'agissait de s'être produite une

Les moyens ne manquent pas pour
dans l'examen d'un cadavre et
l'anatomo-pathologiste de faire
un résultat positif.

*Les méthodes techniques dont la
sont utiles aux étudiants et qu'il se
doit enseigner; il insiste en particulier sur
les anciennes à côté de procédés*

PROPOS DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MILITAIRE. — M. le prof. Fleiner, a donné en date du 12 mai dernier une consultation juridique à la Commission médicale suisse au sujet de l'article 20, alinéa 2, de la loi sur l'assurance militaire :

L'article stipule, au sujet du militaire tombé malade pendant ou après la guerre, que « l'Assurance militaire n'est tenue à aucune indemnité pour l'entretien et le traitement à domicile, s'ils n'ont pas été ordonnés et autorisés par le médecin en chef » (texte français). Dans le texte allemand, les mots : indemnité pour l'entretien et le traitement à domicile sont remplacés par *Entschädigung*, mais le texte français établit clairement qu'il faut entendre par là. La loi établit, d'autre part, que le militaire malade a droit de la part de la Confédération, aux indemnités suivantes : 1° Entretien et traitement gratuit dans un hôpital désigné par la loi militaire ou indemnité de traitement. 2° La solde correspondant au grade pendant la durée du service. 3° Une indemnité de chômage une fois le service terminé. 4° Une pension d'invalidité dans le cas d'invalidité permanente et au profit des héritiers une indemnité funéraire et des pensions de survivant » (art. 19, 28 et 32). Ce n'est que de la dernière indemnité que peut le priver l'article 20, mais c'est ce que l'Assemblée du Conseil fédéral a négligé au § 100, n° 3, de spécifier, stipulant une façon générale que le malade qui se fait soigner à la maison sans autorisation du médecin en chef, n'a aucun droit à l'indemnité. C'est cette généralisation qui a servi de point de départ à l'interprétation du médecin en chef qui est attaquée en ce moment; celle-ci précise que « le militaire qui est traité à domicile sans autorisation expresse du médecin en chef n'a de la part de la Confédération de toute obligation à l'indemnité, et que si le militaire refuse d'entrer à l'hôpital, il renonce de fait aussi à toute assistance de la part de la Confédération ».

C'est la renonciation que doit signer tout militaire malade qui est renvoyé à son domicile pour y être traité, stipule également la loi. Le militaire a eu connaissance de l'article, d'après lequel l'Assurance militaire n'est pas tenue de payer une indemnité pour le traitement à domicile (*Entschädigung*, texte allemand), lorsque ce traitement n'a pas été ordonné, ni autorisé par le médecin en chef. Il ne s'agit donc dans cet article de l'indemnité de traitement.

Le professeur fait remarquer, en outre, que la loi sur l'assurance militaire oblige le malade et sa famille à donner accès auprès du malade au médecin en chef et aux autres personnes chargées du contrôle des malades et à les recevoir convenablement. Les prescriptions concernant ce contrôle sont mentionnées dans les dispositions générales de la loi; elles s'appliquent donc à tous les militaires malades, qu'ils soient traités à domicile avec ou sans autorisation du médecin en chef; elles ont pour but de rendre possible le contrôle des organes de l'assurance militaire.

Terminant sa consultation, que nous ne faisons que résumer ici, M. Fleiner conclut donc que :

« au service ou après le service qui se fait
voir l'autorisation du médecin en chef, ne
ité de traitement » : tous ses autres droits
solde et à la pension, persistent par contre

«nciation » (d'après le formulaire officiel),
n droit à l'indemnité de traitement.

« exprimé à ce propos le désir que les So-
erviennent auprès des députés de leurs
s fédérales pour leur exposer le point de
t des articles 18 et 20 de la loi sur l'assu-
ons ici la lettre que, en suite de ce vœu,
licale de Genève et l'Association des méde-
dressée aux députés genevois au Conseil
in exemplaire de la consultation juridique

national,

nt, au nom du corps médical genevois,
nce de la consultation juridique ci-incluse,
mbre médicale suisse par le prof. Fleiner,
icle 20, alinéa 2, de la loi sur l'assurance

être soumis à une révision dans la pro-
lédérales contient, en particulier dans ses
s dispositions qui, en même temps qu'elles
ation fâcheuse et fausse, semblent préju-
ire assuré.

antes de plusieurs sociétés médicales can-
ale suisse a demandé au Haut Conseil
révision de la loi sur ces deux articles. Le
e pétition par une fin de non recevoir. Ce
ar deux raisons : 1° la loi est trop récente
as eu de plaintes sur ces deux articles, ni
la part des médecins. Il serait facile de
que l'article qui touche aux intérêts finan-
nt on propose la révision n'est pas plus
ond, qu'il vaut mieux prévenir des litiges

remise sous les yeux des Conseils, nous
r rappeler les objections du corps médical
ntionnées ci-dessus.

en rapportons aux arguments juridiques

us vous prions de remarquer la situation
appelé à traiter un militaire tombé ma-
as, c'est le médecin traitant qui est obligé
Si cet avertissement n'est pas donné, ou
le médecin peut être tenu à des dommages
ses ayants-droit. Cette disposition a été

prise uniquement pour simplifier les écritures et le contrôle du médecin en chef. Il serait beaucoup plus logique que ce fût le malade ou ses proches qui fussent chargés de prévenir l'autorité sanitaire. Dans toutes les sociétés de secours, c'est l'assuré ou les siens qui doivent avertir la société en cas de maladie. Le médecin ne devrait avoir à remplir ce rôle que s'il y a incapacité et isolement du malade. La possibilité de réparations civiles porte atteinte à la dignité professionnelle du médecin, sans parler du tort matériel qu'elle peut lui causer.

Nous vous serions très reconnaissants, Monsieur le Conseiller national, de vouloir bien vous souvenir de ces quelques points quand la loi sur l'assurance militaire reviendra à l'ordre du jour.

Au moment où des modifications importantes, qui seront peut-être soumises au vote populaire, vont transformer nos institutions militaires, il pourrait être peu politique de créer un esprit mal disposé parmi les médecins suisses qui sont unanimes pour trouver mauvaises les dispositions des articles signalés et pour demander que ceux-ci soient modifiés.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller national, l'expression de nos sentiments de respectueuse considération.

Genève, le 10 juin 1905.

*Le Président de la Société médicale
de Genève*

Dr LÉON GAUTIER
Membre de la Commission médicale suisse.

*Le Président de l'Association des
médecins du Canton de Genève*

L. MÉGEVAND, Prof.

La même lettre a été adressée aux députés genevois au Conseil des Etats.

DISTINCTION. — M. le Dr YERSIN, de Nha-Trang, originaire du canton de Vaud, a été nommé correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le Dr PUGNAT, à Genève, a été nommé membre correspondant de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. — M. le Dr MIONI, ex-assistant de physiologie à l'Université de Genève, a obtenu un prix de fr. 3.000 à l'Université de Padoue pour des travaux qu'il a faits à Genève dans le laboratoire de physiologie.

CONGRÈS INTERNATIONAL SUR LA TUBERCULOSE. — Ce Congrès se réunira à Paris du 2 au 7 octobre prochain, sous le patronage de M. LOUBET, Président de la République française, et sous la présidence de M. HÉRARD, membre de l'Académie de médecine. Il comprendra quatre sections, à savoir : 1° *Pathologie médicale*, président prof. BOUCHARD ; 2° *Pathologie chirurgicale*, président prof. LANNELONGUE ; M. Auguste REVERDIN, prof. à l'Université de Genève est au nombre des vice-présidents ; 3° *Préservation et assistance de l'enfant*, président prof. GRANCHER ; 4° *Préservation et assistance de l'adulte, hygiène social*, présidents prof. LANDOUZY et M. Paul STRAUSS, sénateur. M. le prof. C. ROUX, de Lausanne, sera un des rapporteurs sur la question de la *tuberculose iléo-cœcale* (2^{me} section) et M. le prof. D'ESPINÉ, de Genève, un des rapporteurs sur la question des *Sanatoriums maritimes* (3^{me} section). Une *Exposition-musée* sera jointe au Congrès.

Un Comité national suisse s'est formé en vue de la propagande en faveur de ce Congrès. Il est présidé par M. le Dr SCHMID, directeur du Bureau sanitaire fédéral, avec le Dr F. MORIN, à Colombier, comme vice-

président et trésorier et M. le Dr H. CARRIÈRE, adjoint du Bureau sanitaire fédéral, comme secrétaire. Il compte aussi parmi ses membres : MM. les Drs de CÉRENVILLE, prof., président de la Commission médicale suisse ; GUILLAUME, directeur du Bureau fédéral de statistique ; H. MAILLART, à Genève et G. SANDOZ à Neuchâtel, ainsi que plusieurs de nos confrères de la Suisse allemande. Ce comité espère voir prendre part au Congrès de nombreux représentants de ceux qui, médecins ou non, s'intéressent en Suisse à la lutte anti-tuberculeuse ; il les invite à s'annoncer par écrit au *Bureau sanitaire fédéral*, à Berne, qui leur fera immédiatement parvenir un programme détaillé, un formulaire d'adhésion et leur donnera tous les renseignements nécessaires.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL FÉDÉRATIF D'ANATOMIE. -- Ce Congrès se tiendra à Genève du 6 au 11 août prochain et promet d'être une brillante manifestation scientifique. Notre ville, ayant été choisie comme siège du Congrès, un Comité local s'y est formé, sous la présidence de M. le prof. ETERNOD, pour organiser dignement les réceptions des congressistes.

Le Congrès a pour but principal de faire siéger en commun les cinq grandes Sociétés anatomiques lesquelles, jusqu'à ce jour, se bornaient à tenir séparément des réunions annuelles dans leurs pays respectifs. L'*Anatomical Society of Great Britain and Ireland*, l'*Anatomische Gesellschaft*, l'*Association des anatomistes*, la *Society of American Anatomists*, ainsi que l'*Unione zoologica italiana* ont pris l'initiative de ce Congrès. Toutes les personnes qui ne sont pas associées, mais qui s'intéressent à l'anatomie, pourront y assister aussi. Il sera tour à tour présidé par MM. les présidents annuels des cinq sociétés.

Le programme élaboré par le Comité d'organisation et réception est le suivant :

Dimanche, 6 août 1905. — 10 h. matin, ouverture de l'exposition ; 8 h. soir, à l'Ile Rousseau (ou éventuellement, en cas de mauvais temps, au restaurant de l'Arquebuse, rue du Stand), soirée familière ; rafraîchissements offerts par le Comité genevois.

Lundi, 7 août. — 8 1/2 h. matin, ouverture du Congrès à l'Aula de l'Université : communications scientifiques ; 2 h., démonstrations.

Mardi, 8 août. — 8 1/2 h. matin, communications scientifiques ; 2 h., démonstrations ; éventuellement : 5 h., inauguration du monument H. Fol. à l'Université ; immédiatement après la cérémonie : réception chez M^{me} H. Fol, à Chougny.

Mercredi, 9 août. — 8 1/2 h. matin, communications scientifiques ; 2 h., démonstrations ; 5 1/2 h. précises, promenade en bateau à vapeur sur le lac offerte par M. le prof. ETERNOD ; départ du quai du Mont-Blanc ; collation sur le bateau offerte par M. le prof. BUGNION ; 9 1/2 h., retour à Genève ; illumination de la rade offerte par l'Association des intérêts de Genève.

Jeudi, 10 août. — 8 1/2 h. matin, communications scientifiques ; 2 h., démonstrations ; 7 1/2 h., banquet officiel offert par l'Etat et la Ville de Genève, au foyer du Grand Théâtre ; clôture du Congrès.

Pour la séance d'ouverture et toutes les réceptions, tenue de ville.

Les communications et les démonstrations auront lieu en commun, sauf avis ultérieur, dans le bâtiment de l'Ecole de médecine.

Tous les médecins, ainsi que les biologistes suisses qui s'intéressent à l'anatomie, pourront prendre part au Congrès ; ils devront s'annoncer pour cela, à M. le Dr R. ODIER, Avenue du Mail. Il leur sera remis la Carte du Congrès du prix de fr. 20.

A l'occasion de cette réunion scientifique, le Comité local a procédé à l'organisation d'une *Exposition* d'appareils et objets d'anatomie, tels que microscopes, objectifs, appareils de projection, moulages, modèles plastiques, préparations macro-microscopiques, etc. Les adhésions des exposants doivent être adressées avant le 30 juin, à M. le Dr BATTELLI, Ecole de médecine, Genève.

Le Comité d'organisation et réception s'est constitué comme suit :

Bureau : *Président*, M. le prof. ETERNOD ; *Vice-Présidents*, MM. les prof. ASKANASY, CRISTIANI, YUNG ; *Trésorier*, M. le Dr BATTELLI ; *Secrétaires*, MM. les Drs DU BOIS, R. ODIER ; *Présidents d'honneur*, MM. les prof. LASKOWSKI et J.-L. PREVOST.

Membres du Comité de Genève. — M. A. LACHENAL, député au Conseil des Etats ; MM. les prof. ETERNOD, LASKOWSKI, YUNG, MAYOR, doyen de la Faculté de médecine ; R. CHODAT, doyen de la Faculté des sciences ; D'ESPINE, DUPARC, BEDOT, MM. les Drs CLAPARÈDE, PUGNAT, HUGUENIN et M. ROUX, président de l'Association des intérêts de Genève.

Membres du Comité en Suisse. — A Bâle : MM. les prof. KOLLMANN, CORNING, BURKHARDT, ZSCHOKKE, METZNER ; à Berne : M. le Dr SCHMID, directeur du Bureau sanitaire fédéral ; MM. les prof. STRASSER, STUDER, ZIMMERMANN ; à Fribourg : M. le prof. KATHARINER ; à Lausanne : MM. les prof. BUGNION, BLANC, ROUD, N. LÖWENTHAL ; à Neuchâtel : M. le prof. BERANECK, M. FUHRMANN ; à Morges : M. le prof. F.-A. FOREL, délégué du Conseil fédéral ; à Zurich : MM. les prof. RUGE, LANG, FÉLIX, ZANGGER.

On sait que le Conseil fédéral suisse a témoigné sa sympathie au Congrès en lui accordant une subvention de fr. 5000 et en déléguant au Congrès, pour y représenter la Confédération, M. le prof. FOREL. L'Etat, la Ville de Genève, les communes de Plainpalais et des Eaux-Vives, le Sénat universitaire et les Facultés de médecine ont accordé également des subventions importantes.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — Ce Congrès, consacré à l'électrothérapie, la mécanothérapie, la massothérapie, la photothérapie, la radiothérapie, l'hydrothérapie, etc., se réunira à Liège, du 12 au 15 août 1905. Cotisation fr. 10. Adresser les adhésions à M. le Dr DE MUNTER, 86, rue Louvrex, à Liège, et les rapports à M. le Dr GUNZBURG, 7, rue des Escrimeurs à Anvers.

CONGRÈS POUR LA RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Ce congrès qui avait été annoncé pour le 8 mai dernier sous la présidence du prof. BROUARDEL est reporté au 30 avril 1906.

DIXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ALCOOLISME. — Ce Congrès se réunira à Budapest du 14 au 16 septembre prochain. Les adhésions doivent être adressées au Bureau (Dr FÜLÖP STEIN, Budapest, IV, Központi váróháza) qui fournira tous les renseignements utiles. Pour l'Exposition qui accompagnera le Congrès s'adresser à M. le Dr Gy. KOVACS (Budapest, V, Váci-Körút, 32). Cotisation fr. 6, donnant droit aux comptes-rendus du Congrès.

20 JUILLET 1905.

MÉDICALE E ROMANDE

ORIGINAUX

Prothèse de Gritti

de TURINI.

(Clinique de Lausanne).

*et fin*¹

notre travail huit observations
ti, prises à la Clinique chirur-
Lausanne. L'un des opérés a
membres inférieurs, ce qui porte
M. le Prof. Roux a mis à notre

a pas observé de décès. Le moi-
d'appui direct pour la prothèse
, après la première intervention,
I et IV, sans qu'ils aient eu à
gêner sérieusement la marche.
n VII porte un appareil à point
'a cherché à prendre un point
rettons, car le résultat morpho-
de vue fonctionnel, il se sert de
ance remarquable, sans en res-

ement de la rotule, imputable à
otule a été réduite et s'est main-
(II) et une fois le déplacement
longtemps après la sortie de

Trois fois, il y a eu de la gangrène légère des bords des lambeaux, sans que l'utilisation du moignon s'en soit ressentie (Obs. II, III et IV); dans ces cas, la nutrition du membre était troublée depuis longtemps. Une fois, il y a eu de la suppuration, grâce à une infection préopératoire et la cicatrice devenue terminale et adhérente n'a donné qu'un moignon douloureux. Dans ce cas (Obs. VI), vu le manque de parties molles saines, l'amputation au tiers inférieur aurait peut-être été mieux indiquée que le Gritti.

A part l'intervention mentionnée à l'observation VIII et pratiquée suivant la méthode des sutures à travers les parties molles profondes, on a employé l'enclouement.

Dans le tableau qui fait suite aux observations, nous n'avons consigné que des cas de l'époque antiseptique; les opérations pratiquées auparavant donnent des résultats dont la valeur n'a pas beaucoup d'intérêt de nos jours.

A la fin de ce travail, j'adresse à M. le Prof. Roux l'expression de ma vive gratitude pour la confiance qu'il m'a témoignée, en me laissant le soin de publier les résultats obtenus dans son service par l'opération de Gritti. Mon désir est de n'avoir pas entièrement trompé son attente. Mes remerciements vont aussi à M. le Dr Roux de Brignoles qui m'a aimablement et généreusement fourni les indications que je lui ai demandées sur quatre cas personnels, renseignements précieux que je publie à la suite des huit observations de la Clinique de Lausanne.

Obs. I. — *Ostéite fongueuse du tibia gauche.*

C. Marie, 41 ans, Vaudoise, entrée à l'hôpital le 20 septembre 1895. Pas d'hérédité. La malade est mariée, mais n'a pas d'enfants. En 1893, elle a souffert des ganglions cervicaux, qu'on a incisés du côté droit. En automne 1894, sans cause connue, le genou gauche devient le siège de douleurs qui augmentent peu à peu, en même temps que la jambe s'atrophie. La marche devient assez difficile pour empêcher la patiente de vaquer aux travaux du ménage. Des injections d'iodoforme n'améliorent par l'état du genou. La patiente se rend à l'hôpital; elle ne tousse pas et a bon appétit.

A l'entrée à l'hôpital, on constate que l'état général est bon, mais dans les deux fosses sous-claviculaires, ainsi que dans les deux régions sous-maxillaires, se trouvent de nombreux ganglions indurés, du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ces ganglions sont très nombreux, non ramollis, liés les uns aux autres; sur deux d'entre eux existe une cicatrice.

Le membre inférieur gauche est très atrophié : la cuisse mesure 31 cm. et la jambe 26, tandis qu'à droite on a 36 cm. pour la cuisse et 28 pour la jambe. La musculature est aussi plus flasque à gauche. Les mouvements actifs et passifs sont indolores ; on constate que l'articulation du genou est indemne. Au-dessous de la rotule, et surtout du côté interne du ligament rotulien, existe une tuméfaction diffuse ; la peau a son aspect normal. Cette tuméfaction est peu douloureuse à la palpation et présente une fluctuation manifeste. Il n'existe aucun point particulièrement douloureux au toucher. La collection paraît absolument indépendante du genou. Dans l'aîne gauche on sent un paquet de ganglions augmentés de volume. On fait le diagnostic d'ostéite tuberculeuse de la tête du tibia et le 24 septembre une incision en narcose laisse échapper une assez grande quantité de pus contenu dans une cavité superficielle, qui communique avec une loge à parois osseuses dénudées et creusée aux dépens du tibia. On curette et on frotte à la gaze sublimée toutes les parties suspectes, on tamponne à la gaze iodoformée et on diminue l'étendue de l'incision par quelques points au crin de Florence.

Pendant trois semaines, l'état local s'améliore et l'état général se maintient. Puis le foyer redevient douloureux, la température s'élève, sans qu'on constate d'autre foyer dans aucun point de l'organisme ; l'articulation du genou demeure intacte.

Le 25 octobre, nouvelle narcose et cautérisation de la cavité au thermocautère, mais le thermomètre monte à 39° et se maintient aux environs de cette température jusqu'au 19 décembre, malgré des pansements répétés et sans qu'on trouve une autre lésion pour expliquer la fièvre.

Le 19 décembre, la malade est endormie, on curette de nouveau le foyer, on abat largement ses parois, on le draine et on le bourre de gaze iodoformée. Au cours de l'opération on s'est rendu compte que toute la tête du tibia est ramollie, infiltrée de pus, mais que l'articulation n'est pas encore envahie.

Malgré cette intervention, la température se maintient élevée et le 18 janvier 1896, on pratique l'opération de Gritti. L'articulation du genou est trouvée intacte. La rotule est enclouée sur le fémur, on draine et l'on applique un pansement ouaté.

Le 20 janvier, on enlève le drain ; la plaie a un aspect normal, la température est toujours élevée : T. s. 38°4.

Le 1^{er} février, suppression du clou et des fils. La cicatrisation de la ligne des sutures est terminée. La fièvre hectique persiste.

Le 15, la réunion est confirmée, aucune douleur à la palpation ni à la pression. La rotule est solidement fixée au fémur. La température du soir est aux environs de 38°. La malade quitte l'hôpital. On ne connaît encore pas la cause de la fièvre.

Les renseignements postérieurs apprennent que l'état général de la malade n'est pas amélioré et qu'elle est morte chez elle quelques mois après sa sortie de l'hôpital, sans avoir eu l'occasion d'utiliser son moignon.

Obs. II. — *Gangrène sénile.*

B. Louis, Vaudois, 69 1/2 ans, ancien cafetier, entré à l'hôpital le 25 janvier 1896. Il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1892 où une phlébite des deux jambes l'a maintenu au lit pendant plus de deux mois. A la fin de 1893, sans cause connue, la peau qui couvre la malléole externe du côté droit est devenue le siège d'un petit « bouton » qui s'est ouvert et s'est transformé en une plaie torpide. En même temps des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans le pied et la jambe. A la suite d'un pansement un peu serré, le pied enfla et devint noir en deux ou trois jours. Le 5 janvier 1894, la gangrène étant manifeste, le patient subit du côté droit l'amputation de Gritti.

Depuis cette époque, la jambe gauche est souvent fatiguée, toujours froide et de temps en temps elle se tuméfie. En 1895, les régions malléolaires interne et externe deviennent le siège de quelques « boutons » analogues à celui que le malade avait remarqué du côté droit en 1893. Ils se transforment aussi plus tard en petites plaies qui se ferment difficilement. Depuis quelques mois, des douleurs se font aussi sentir dans la jambe et le pied gauches. Vers le milieu de décembre 1895, les orteils se tuméfient, des plaques bleuâtres, puis noires apparaissent sur le gros et le petit orteils qu'elles envahissent bientôt en entier. Le pied enfle lui-même, les douleurs augmentent, mais on ne constate pas de fièvre.

A l'arrivée à l'hôpital, le malade, qui est de grande taille, est pâle, amaigri et présente un emphysème pulmonaire assez prononcé; le cœur ne paraît pas notablement agrandi. Le pouls est dur et régulier.

La jambe droite, amputée au genou, à la Gritti, n'inquiète pas le malade; le pied gauche est tuméfié des orteils à l'articulation de Chopart; la peau est rouge et luisante; la palpation est douloureuse. La peau du gros et du petit orteil est complètement noire, momifiée, insensible. L'épiderme voisin de la zone de démarcation est soulevé en vésicules aplaties, à contenu purulent.

La peau des autres orteils est tuméfiée et a conservé sa sensibilité normale. Des douleurs spontanées très vives se font sentir dans le pied et s'irradient jusqu'au genou.

Le diagnostic de gangrène sénile étant posé, on se décide pour l'amputation haute de la jambe.

Opération, 28 janvier 1896. — Narcose à l'éther, on remplace la bande d'Esmarch par la compression digitale de la fémorale. Lambeau cutané antérieur partant de derrière les condyles et s'étendant jusqu'à un travers de main au-dessous de la tubérosité du tibia. Après relèvement du lambeau, on ampute la jambe à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité du tibia. On constate alors que l'écoulement sanguin est tout à fait minime, même quand on cesse la compression digitale de la fémorale; cette circonstance décide l'opérateur à exécuter un Gritti.

on renverse la rotule en haut et on cie le fémur au niveau de la tubé- qui reste du cartilage. Après quelques de section de la rotule sur celle du oyen d'un clon qui passe à travers la rface. La peau est suturée au crin de rne. Pansement à la gaze sèche recou-

in; pas de trace de sphacèle.

de douleurs dans le moignon.

rouge et un peu fluctuant au niveau moignon. On enlève les fils. La sonde rain, laisse écouler une quantité assez nâtre; on place un nouveau drain.

uler de liquide; on le supprime. Le est bleuâtre, prêt à se sphaceler. Un moignon.

de douleur dans le moignon.

, on constate de la rétention. On rou- m., et on place un second drain. Le lent. Le sphacèle se prolonge le long

dans la plaie. Le sphacèle a fait tout tiste un léger écoulement purulent au passage du dernier drain. Le malade a fantenil.

tuméfiée; pourtant l'écoulement des rigation et pansement. Le lendemain

ux les bords sphacelés du lambeau

nisse. On constate qu'elle est de nou- et rétention. On remet un drain.

sont stationnaires. Le malade, qui a ndurango.

is suffisamment malgré le bon fonc r une partie rougie du lambeau, et trémité sort par l'ouverture destinée

les deux dernières nuits. Des lam- et par la dernière incision, puis l'état

as sortent encore par un des orifices uits sont calmes, la cuisse et le moi-

Le 14, on ne constate plus aucun écoulement. L'appétit est bon, le sommeil paisible. Le scrotum présente un léger œdème et l'on découvre des traces d'albumine dans l'urine.

Le 20, le malade rentre chez lui. La cicatrisation est complète, sauf sur l'étendue d'une pièce d'un centime, à l'endroit où passait un drain.

L'état de la rotule à la sortie n'est pas consigné dans l'observation.

B. a donc subi deux fois l'opération Gritti. Il est mort le 20 mai 1896; d'après les renseignements fournis par la famille, le décès a été dû à une cause brusque. Après la première intervention B. a pu marcher avec une jambe artificielle articulée au genou. Il allait et venait sans canne dans la maison; jamais il n'a souffert du moignon. Lorsque la deuxième jambe a commencé à le faire souffrir, il n'a pas été à même d'employer le membre opéré et a dû circuler en voiture. Après la deuxième intervention, il n'a pas eu le loisir d'utiliser son moignon, puisqu'il est mort un mois après sa sortie de l'hôpital.

Obs. III. — *Pied bot traumatique.*

X., agriculteur, 40 ans, Vaudois, entré à l'hôpital, le 3 décembre 1896. Il ne présente pas d'hérédité spéciale. Dès l'âge de 16 ans, psoriasis généralisé, rebelle à tous les traitements; jamais d'autre maladie. En 1884, il est pris sous un char pesamment chargé qui lui passe sur les deux jambes; cet accident lui cause une fracture compliquée de la jambe droite, un peu au-dessous du milieu et une fracture simple à gauche, à peu près au même niveau. Un médecin fait à gauche un appareil plâtré sous lequel la lésion guérit d'une façon satisfaisante. A droite, on se contente d'abord d'un pansement et d'un appareil provisoire confectionné avec des attelles, puis après quatre jours, on applique un appareil plâtré; le pied est en légère flexion plantaire et en supination. Au bout de trois semaines, on enlève le plâtre; la plaie est fermée, mais il existe une légère supination. Un second médecin, sans corriger la déformation, applique un nouveau plâtre; le patient se sent serré, le talon devient douloureux; on pratique une fenêtre et on trouve une eschare étendue. Trois semaines après l'application du second appareil, la consolidation est complète, mais la mauvaise position du pied est encore plus prononcée. Le talon ne parvient plus à toucher le sol, la marche s'opère sur la tête des métatarsiens. Dès lors, le blessé fait usage de béquilles, la déformation augmente et la marche devient de plus en plus douloureuse. C'est pourquoi il se rend à l'hôpital, demandant l'ablation de la jambe droite.

Il s'agit d'un homme de taille moyenne, à musculature très développée, à facies éthylique. On constate un tremblement de la langue et des mains. Psoriasis généralisé. Les extrémités, surtout les inférieures, sont froides.

Au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, sur la face interne du tibia, on voit une surface de la grandeur d'une pièce de deux francs, où la peau est mal nourrie, bleuâtre, luisante et au-dessous de cette surface

on sent un cal osseux peu considérable. L'atrophie musculaire est très avancée à droite, la circonférence du mollet n'est plus de ce côté que de 27,1/2 cm., tandis qu'à gauche elle mesure 45 cm.; la musculature est tout à fait flasque.

Le pied droit présente une déformation très accentuée. On remarque dans l'articulation tibio-tarsienne un fort degré de flexion plantaire; la tête de l'astragale proémine fortement un peu au-dessous et en dedans de la malléole externe. La partie antérieure du pied est abaissée en totalité, en adduction et en supination. Dans la marche, le talon reste à 6 cm. au-dessus du sol, et le malade s'appuie sur la tête des métatarsiens. Le squelette du pied est presque immobile, seule l'adduction se laisse un peu corriger. La réaction électrique des muscles est lente, mais on n'obtient pas de réaction de dégénérescence.

Opération 16 décembre. — On propose au malade, l'énucléation de l'astragale et le redressement du pied; il s'y refuse et réclame catégoriquement l'ablation de la jambe. A cause de la mauvaise nutrition du membre, on donne la préférence au Gritti.

Narcose à l'éther. Opération sans incident. Enclouement de la rotule. Drainage, pansement ouaté.

Le 19, on enlève le drain; les bords des lambeaux sont bleuâtres. Etat général bon.

Le 22, la rotule est déplacée, le clou a cédé. Narcose à l'éther, réduction de la rotule qui est fixée avec deux clous. On remet un drain.

Le 23, on renouvelle le pansement; très peu de sécrétion. Légère rougeur de la peau au niveau des clous. On supprime le drain.

Le 2 janvier 1897, on enlève un clou. On constate un léger sphacèle des bords des lambeaux, en deux endroits. T. s. 37°6.

Pansement journalier les jours suivants.

Le 5, les deux petites surfaces privées de peau bourgeonnent bien; légère suppuration au niveau du clou restant. T. s. 38°8, due probablement à la suppuration mentionnée.

Le 6, la température tombe définitivement à 37°2; elle n'a dépassé la normale que pendant trois jours, avec maximum le 5 janvier.

Le 13, ablation du second clou. La ligne des sutures est cicatrisée; il ne reste plus à guérir que les deux endroits sphacelés.

Le 15 février, le malade quitte l'hôpital guéri; il ne lui reste plus qu'une surface non épidermée de la grandeur d'un pois.

Etat à la sortie : Moignon bien conformé, bien musclé, rotule solidement soudée au fémur et indolore à la pression.

L'opéré est revu, le 15 juillet 1904, en parfait état de santé. Il marche au moyen d'un pilon sur lequel appuie directement l'extrémité du moignon. A sa sortie de l'hôpital, il ne se servait de son appareil que pendant une partie de la journée et s'appuyait sur des béquilles, mais au bout de quatre mois il a pu s'en passer et supporte son appareil toute la jour-

née, en se servant d'une simple canne. Il marche commodément, se déclare satisfait de son moignon et regrette de ne pas s'être fait opérer plus tôt. Il raconte spontanément qu'il fait l'envie d'autres amputés qu'il connaît et qui n'ont pas, comme lui, la facilité de s'appuyer « sur le bout » (*sic*).

Le moignon est actuellement bien arrondi, puissant, facile à mouvoir en tous sens, indolore à la pression et à la palpation. La cuisse est notablement atrophiée. La rotule est solidement fixée à l'extrémité du fémur où elle forme une surface légèrement convexe, lisse et régulière, sauf à son centre où l'on sent une excroissance de consistance osseuse et de forme conique, d'environ un centimètre de hauteur. Sur la rotule la peau est mobile, un peu épaissie et en très bon état de nutrition. La cicatrice des parties molles est franchement postérieure, mobile sur les plans profonds. X. n'a jamais eu à souffrir d'ulcérations du moignon. Lorsqu'il a beaucoup marché, il ressent une douleur vague et peu accentuée, et il ajoute un ou deux mouchoirs pliés sur le bord postérieur de la gaine de son appareil, de façon à se ménager, pendant quelques heures, un point d'appui ischiatique. Il n'a jamais pris d'autres précautions spéciales vis-à-vis de son moignon, quoiqu'il se livre à divers travaux de la campagne. La radiographie (voir fig. 1 et 2, p. 478) confirme les renseignements fournis par la palpation sur la forme et la constitution du moignon osseux. L'exostose signalée sur la rotule occupe évidemment l'endroit où passait autrefois un clou destiné à assurer le contact fémoro-rotulien ; c'est à elle que nous attribuons la douleur ressentie par l'opéré après une longue marche.

Obs. IV. — *Ulcère variqueux de la jambe droite.*

R. Françoise, 75 ans, de et à Lausanne, ménagère, entrée à l'hôpital le 17 juin 1897. Elle n'a jamais eu de maladie jusqu'en 1870, mais elle a eu dix accouchements et deux fausses couches. Six enfants sont morts d'inanition quelques semaines après la naissance, les quatre autres sont bien portants. En 1870, des varices de la jambe droite font souffrir la patiente ; en 1871, pendant la ménopause, un ulcère se déclare et s'étend peu à peu. La malade continue à travailler, se tenant presque sans cesse debout et, en 1893, elle se voit forcée de faire un premier séjour à l'hôpital, pendant lequel son état s'améliore notablement, mais après sa sortie, le mal s'étend de nouveau et la fait souffrir de plus en plus ; elle continue cependant à marcher et n'a pas de loisirs suffisants pour se soigner. Elle finit par revenir à l'hôpital, réclamant l'amputation.

L'état général est bon ; appétit et digestion satisfaisants ; cœur et poumons normaux ; pouls plein et régulier. Légère artério-sclérose de la radiale.

Diastase des droits abdominaux ; hernie sous-ombilicale qui n'a jamais gêné la malade. La jambe gauche ne présente rien de particulier.

dans son tiers inférieur; le pied alléoles et empiétant en partie sur son tiers supérieur à contours irréguliers comme la lésion contourne presque complètement à 15 cm. environ au-dessus des téguments épidermisés; le fond est blanc, couverts d'un enduit gris-jaunâtre; d'une zone tuméfiée et rouge, qui

termine.

Opération de Gritti : Narcose au chloroforme. Amputation à grand lambeau. Drain du côté externe. Rien

de particulier, la plaie opératoire fait

saillir, quoiqu'il soit douloureux à la palpation, n'a qu'un faible suintement rougeâtre,

On trouve le moignon tuméfié, la base du drain et il en sort une cerise, mais sans odeur. On remet un

fragment de sphacèle du lambeau sur une plaque et fait sauter les sutures et on inaugure la plaie.

On comble petit à petit par granulation et on cautérise au nitrate d'argent les granulations. La cicatrisation est complète. Le moignon est dans un bon état général demeure bon.

En 1904; elle a 82 ans, mais porte encore son appareil dans la maison, sans canne, avec son appareil. L'appareil appuie directement sur l'ischion. Jusqu'en 1904 elle ne se lève de son moignon; elle n'en a jamais. Elle ne peut faire des promenades de plus d'une heure, aussi présente-t-elle des irrégularités des douleurs et d'une ulcération. Elle n'a jamais gardé le lit, elle marche beaucoup moins à cause de l'âge. Elle occupe le centre même du revêtement de son âge. Nul doute, du reste, que si la cause ne disparaissait avec la réparation de l'appareil. L'entou-

rage de la patiente affirmait hautement la satisfaction éprouvée par M^{me} R. à la suite de l'intervention, jusqu'au printemps 1904. Le moignon est de forme satisfaisante, quoique l'atrophie soit très marquée vers l'extrémité, à cause de la rétraction des muscles postérieurs.

OBS. V. — *Ecrasement de la jambe droite, écrasement de l'extrémité du pied gauche.*

B. Anna, Bernoise, 40 ans, garde-barrière. Entrée à l'Hôpital le 28 décembre 1901. Dans l'après-midi du 28 décembre, en faisant son service, Anna B. glisse sur le terrain gelé et tombe sous les roues d'un train. Elle est relevée évanouie. Un médecin finit de séparer la moitié inférieure de la jambe droite, qui ne tient du reste que par un lambeau de peau, et il fait un pansement provisoire. Il constate encore un écrasement des orteils gauches, applique un pansement, puis il ordonne l'envoi immédiat de la blessée à l'Hôpital cantonal.

La malade arrive dans un état de *shok* prononcé, le pouls est à 120, très dépressible, le facies est pâle; les idées n'ont plus de suite et se pressent sans rapport entre elles et sans lien.

La partie inférieure de la jambe droite a disparu; le membre se termine au tiers inférieur par des lambeaux sanglants et déchiquetés. Les muscles sont broyés, la peau est arrachée, ratatinée, en lambeaux irréguliers jusqu'au tiers supérieur. Le tibia et le péroné sont broyés et fracturés longitudinalement; la moëlle osseuse apparaît en faisant hernie entre les fragments. Les extrémités osseuses présentent plusieurs fragments pointus et acérés, et le périoste a été enlevé sur une grande étendue. Au moment où l'on enlève le pansement, on remarque que la cuisse est serrée par une bande élastique.

Du côté gauche, le dos du pied est scalpé; les tendons sont mis à nu du cou-de-pied jusqu'à leurs insertions sur les orteils; ceux-ci sont pelés, les ongles sont arrachées avec une grande partie du périoste des phalanges. L'articulation tibio-tarsienne gauche est intacte.

Le 28 décembre, après anesthésie à l'éther, on désarticule les cinq orteils gauches et résèque les têtes des métatarsiens; on recouvre aussi bien que possible le pied avec le lambeau plantaire, mais la plus grande partie du dos du pied reste sans téguments, faute d'étoffe.

Du côté droit, après application de la bande d'Esmarch, on procède à l'amputation de Gritti en taillant des lambeaux de circonstance; le grand lambeau est postérieur et l'antérieur descend à peine à 2 cm. au-dessous de l'extrémité inférieure de la rotule. Le reste de l'opération se fait comme d'habitude, la rotule est enclouée et l'Esmarch enlevé après la ligature des troncs vasculaires les plus importants. Suture des lambeaux au crin de Florence, drainage et large pansement aseptique. Immédiatement après l'opération, on injecte 100 grammes de gélatine stérilisée et 300 grammes de sérum physiologique artificiel.

Le 29 décembre, au matin, la température est de 38° et le pouls est de 100 ; la malade est bien éveillée.

Le 30 décembre, l'opérée a 39° le matin. La plaie de la cuisse droite a très belle apparence, mais on remarque au pied gauche un commencement de sphacèle sur les lambeaux de peau qu'on a conservés.

Le 2 janvier, le moignon d'amputation est un peu tuméfié, rougeâtre ; on change les drains et on fait sauter quelques points de suture. Il ne sort que peu de sécrétion.

Le 5 janvier, la rougeur du moignon a diminué, mais la plaie du pied gauche commence à suppurer. T. s. 39°4.

Le 9, le moignon continue à se guérir très simplement, mais la plaie du pied gauche sécrète abondamment un pus d'odeur fétide et la peau qui entoure la plaie continue à se sphaceler. T. 36°9. L'état général est notablement amélioré.

Le 25, on fait des greffes épidermiques sur la moitié supérieure de la plaie du pied ; les greffes sont prises sur la face antéro-externe de la cuisse gauche. La plaie d'amputation est complètement cicatrisée, sauf sur la partie qu'on a désunie le 2 janvier et qui sécrète encore un peu.

La cicatrisation est absolument complète le 8 février, la malade ne se plaint plus de son moignon depuis le 5 janvier. Le 15 mars, la malade est encore à l'hôpital, à cause de la plaie du pied gauche, qui a été longue à guérir, mais dès maintenant la cicatrisation est complète et la malade essaie de marcher sur son pied gauche en s'aidant du vélocipède.

Le 5 avril, la malade quitte l'hôpital avec un moignon d'amputation indolore à la pression et de forme bien arrondie. Elle peut s'appuyer sur son pied gauche et marcher avec des béquilles. L'observation est muette sur l'état de la rotule.

La malade est revue le 1^{er} août 1904. Depuis l'accident, elle ressent souvent des maux de tête, elle souffre de fréquents vomissements. Malgré ces symptômes, on constate un très bon état de nutrition. Le pied gauche la fait beaucoup souffrir et montre de temps en temps un peu de suppuration ; la jambe enfle fréquemment.

Du côté droit, l'opérée a essayé de porter une prothèse à point d'appui terminal, mais le moignon devenait douloureux et œdématié au bout de quelques minutes. L'enflure était considérable et les douleurs très vives. On a alors recouru à une prothèse à point d'appui uniquement ischiatique ; cette prothèse ne satisfait pas non plus l'opérée. Après une marche de quelques minutes, elle ressent des douleurs dans toute la région de la cuisse et de la fesse qui s'appuie sur la prothèse. L'œdème apparaît aussi fréquemment, mais les douleurs et l'œdème sont plus considérables dans la jambe gauche. La malade nous dit qu'on lui a laissé le clou destiné à maintenir la rotule.

A l'inspection, le 1^{er} août, la cuisse droite ne montre pas d'œdème, elle est atrophiée et mesure 44 1/2 cm., tandis que la cuisse gauche en mesure

52. La cicatrice est devenue franchement postérieure. Le moignon n'a jamais présenté d'ulcération, il est régulièrement arrondi. A la palpation, on sent la rotule solidement fixée au fémur. On peut frapper sur la rotule sans provoquer de douleur. La peau est mobile sur la rotule, mais du côté externe, on sent proéminer sous forme d'angle la surface de section du fémur, grâce au fait que la rotule ne recouvre pas entièrement la tranche fémorale et que les parties molles du côté externe n'ont donné, vu les circonstances, qu'un lambeau imparfaitement matelassé.

Il y a plus encore : la rotule est fixée obliquement sur la surface de section du fémur, le bord antérieur seulement est en contact avec la tranche osseuse, tandis que le bord postérieur en est notablement écarté. La rotule est aussi oblique de dedans en dehors, ce qui ne contribue pas peu à augmenter la saillie de la tranche fémorale du côté externe. La radiographie (voir fig. 3, p. 478) confirme ces données de la palpation et réserve la surprise de constater que le clou y est encore.

Malgré ce résultat anatomique si défectueux, l'opérée peut marcher sans canne dans sa chambre au moyen de son appareil, mais les trajets plus longs deviennent pénibles, ils déterminent de l'œdème et de la douleur au niveau du moignon.

Obs. VI. — Décollement des parties molles du talon, fracture compliquée de la malléole, luxation ouverte de l'astragale, infection. Enucléation de l'astragale, puis amputation de Gritti.

X., 24 ans, d'Echichens, manoeuvre au J. S., entré à l'hôpital le 8 octobre 1902. Le 8 octobre, pendant des manoeuvres à la gare de Renens, il est renversé par un wagon en marche et a le pied pris sous les roues. Il perd connaissance ; ses camarades le relèvent, lui appliquent un petit pansement et le dirigent sur l'Hôpital cantonal. Il n'a jamais été malade. Il est en très bon état de nutrition, cœur et poumons normaux ; on constate à l'arrivée à l'hôpital qu'il répond encore lentement et que le pouls est à 100 à la minute. Ni albumine ni sucre dans l'urine.

Toute la face interne du pied, à partir de la malléole jusqu'à la base du premier métatarsien, ainsi que la région du talon jusqu'à la malléole externe, ne forment qu'une vaste plaie ; les parties molles détachées pendent sur le bord externe et sur la partie postérieure du pied.

Les bords de la plaie sont irréguliers, écrasés ; le calcaneum est presque complètement dénudé. Les tendons du jambier postérieur et des fléchisseurs sont mis à nu, mais sont intacts. Un peu en avant de la malléole interne, l'articulation tibio-tarsienne est ouverte. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont réduits et très douloureux, le pied peut-être déplacé latéralement grâce à une fracture de la malléole interne. Toute la plaie est couverte de boue, le sang coule abondamment par plusieurs vaisseaux.

A l'arrivée à l'hôpital, on brosse, nettoie, irrigue la plaie, on lie quel-

à un peu les bords de la plaie
rence et l'on fait un pansement
eu de délire éthylique, il souffre
cutanée de morphine.

rmomètre marque 38°3; l'état
dans la journée.

à l'irrigation permanente; T. s.
eur, on fait une injection sous-
veloppement général du membre

à même; la plaie est recouverte
articulaires détachés ont perdu
rne du tibia, jusqu'à mi-jambe,
rçoit, à la palpation, de la cré-
on badigeonne la plaie à la tein-
à l'alcool absolu.

matin; on enlève des morceaux
itané qui se nécrosent.

nt pas, le patient est endormi à
-tarsienne par une incision car-
de la malléole externe et venant
u niveau du tendon du péronier
des péroniers, on remarque que
e interne est en rapport avec la
est baignée d'un liquide bru-
lléole interne, qui est fracturée
ie ensuite l'épiphyse inférieure
ce concave et on abat la pointe
gaze iodoformée la cavité créée
nturer, on applique un panse-

is en plus douloureuse, les gan-
ne. On renouvelle le pansement
du tibia une incision de 6 cm.,
ligne articulaire tibio-tarsien.
sions jusqu'à la base des orteils.
fois par jour.

et l'on continue les pansements
le 20, on est forcé d'inciser
ia et l'on constate que le pouls
à pratiquer le lendemain l'am-

L'incision est une incision de
court, il arrive seulement jus-

qu'au niveau de l'interligne articulaire pour éviter des traînées de lymphangite qui remontent très haut. Après section du ligament rotulien et ouverture de l'articulation, on taille un lambeau postérieur. Le reste de l'opération se poursuit sans particularité. La rotule est enclouée sur le fémur ; les insertions supérieures des jumeaux, qui sont comprises dans le lambeau postérieur, sont suturées à l'aponévrose antérieure et après introduction de deux drains, la peau est réunie en partie au crin de Florence et en partie aux griffes de Michel. Un pansement copieux est appliqué sur le moignon.

Le 22, le patient se sent mieux ; le pouls est meilleur, T. s. 36° 8. Le 23, on refait le pansement et on enlève un drain. Dès ce jour, l'état général devient meilleur et la température se maintient dans des limites normales.

Le 27, on constate un écoulement purulent abondant, on change le drain restant, et par l'orifice de celui qui a été enlevé, on replace un nouveau drain, on enlève deux fils au milieu de la plaie. Les drains seront changés chaque jour.

Le 29, la plaie s'est rouverte spontanément au niveau des fils qu'on a enlevés, les drains donnent abondamment.

Le 31, on supprime les fils, on irrigue la plaie et on enlève quelques extrémités tendineuses nécrosées.

Le 3 novembre, les drains sont enlevés ; la suppuration est minime.

Le 5, on rapproche les bords de la plaie qui s'étaient écartés, mais sans les réunir.

Le 16, la cicatrisation avance rapidement.

Le 27, elle se ralentit ; le malade qui s'était levé est remis au lit pour quelques jours.

Le 3 décembre, la plaie est presque complètement fermée ; il y a encore un peu de suppuration au niveau de la plaie faite par le clou.

Le 11 décembre, l'opéré quitte l'hôpital ; la guérison par seconde intention est complète, sauf au niveau de la plaie du clou, où il y a encore quelques bourgeons. La rotule est solidement fixée au fémur, le moignon est indolore, mais il est très atrophié.

Le 22 décembre, la plaie du clou est presque fermée, le malade vient pour la dernière fois demander un pansement à l'hôpital.

Le malade est revu le 14 septembre 1904. Il porte une jambe artificielle articulée au genou, à point d'appui terminal. L'appareil est censé ménager un point d'appui ischiatique, mais il est mal construit et l'opéré ne peut s'appuyer efficacement que sur la rotule. Le résultat fonctionnel n'est pas idéal ; l'extrémité du moignon est douloureuse depuis environ six mois. La cicatrice est large, irrégulière et mal placée ; malgré la rétraction des muscles postérieurs, elle n'a pas été attirée assez haut en arrière, de sorte qu'elle est juste terminale et située à la face postérieure, à cheval sur la ligne de suture fémoro rotulienne. Au milieu, la cicatrice des parties molles adhère sur une longueur de 3 cm. à la cicatrice osseuse. Aux angles

interne et externe de la ligne de sutures, existent deux ulcérations, très petites et superficielles, mais douloureuses. De plus, dans l'espace triangulaire dû à l'écartement des tendons qui limitent le creux poplité, on sent deux masses fusiformes de consistance ferme, dont la palpation détermine des fourmillements sur le trajet du sciatique et dont la pression provoque de la douleur. Il s'agit de deux névromes d'amputation.

La rotule est solidement soudée, bien horizontale ; en dehors des points ulcérés, on peut frapper vigoureusement sur la rotule, sans que l'opéré s'en plaigne. Le moignon, qui était déjà atrophié avant l'opération, a peu diminué de volume au dire de l'amputé. L'atrophie est cependant considérable. Le moignon est de forme conique à son extrémité inférieure, grâce à la forte rétraction des muscles de la face postérieure de la cuisse.

Malgré les mauvaises conditions de la cicatrice, X. marche sans canne. s'occupe de petits travaux, peut se livrer à de courtes promenades sans en trop souffrir. Jamais il n'a gardé le lit ; il s'est contenté de rembourrer sa prothèse, ce qui lui permet de supporter la pression sur l'extrémité du moignon, malgré les ulcérations, pourvu que la marche ne soit pas trop longue ou que les travaux auxquels il se livre ne soient pas trop pénibles.

Il est regrettable que la cicatrice soit si mal placée et adhérente en son milieu. Ces inconvénients sont le fait des conditions dans lesquelles l'opération a été exécutée ; la taille des lambeaux était imposée et le moignon a ensuite suppuré, quelque soin qu'on ait pris de s'éloigner des trajets lymphangitiques. Sans ces circonstances, le succès eût été complet ; l'opéré a, du reste, un moignon utile et qui s'appuie sur la prothèse uniquement au moyen de la rotule.

Obs. VII. — Arrachement du pied et fracture de la cuisse (côté droit).

C. Alfred, de et à Puidoux (Vaud), 8 ans, entré à l'Hôpital le 14 octobre 1902. Le 14 octobre, au matin, l'enfant conduisait des bœufs qui faisaient marcher une machine à battre le blé. Il tombe, le pied pris entre l'arbre de la machine et le sol ; entraînée par le mouvement de rotation, la jambe s'enroule autour de l'arbre et le pied est arraché avant qu'on ait pu arrêter la machine. Les personnes qui assistaient à la scène font un pansement provisoire et conduisent l'enfant chez un médecin qui l'envoie à l'hôpital. Pendant ce temps, le petit blessé a perdu beaucoup de sang.

A l'arrivée, il est très pâle, anémie au dernier point. On constate que les deux tiers inférieurs de la jambe droite ont été arrachés. Le tibia dénudé et le péroné entouré de quelques débris musculaires et cutanés apparaissent au tiers supérieur. La cuisse droite est très enflée et on constate qu'elle est le siège d'une fracture comminutive au tiers moyen.

- Vu l'état du membre, on se décide à pratiquer immédiatement l'opération de Gritti. La narcose est faite à l'éther. L'opération s'exécute selon la technique ordinaire, que nous avons indiquée. Le fémur est scié le plus bas possible, très près de la surface cartilagineuse. La rotule est enclouée

sur la tranche fémorale. La suture des parties molles de Florence, moitié aux agrafes de Michel. On termine l'on applique sur la plaie un peu de gaze iodoformée comme d'habitude avec des compresses stériles bandes de gaze.

Le 15, l'état général est bon ; T. s. 39° 1.

Le 16, on refait le pansement et on supprime le La température baisse dès ce jour progressivement

Le 20, en changeant le pansement, on perçoit sur fluctuation. On supprime deux agrafes, et on introduit ne s'écoule aucun liquide ; la plaie a, du reste, très

Le 4 novembre, la plaie opératoire est cicatrisée ; fémur fracturé et on continue à le maintenir en place

Le 9 novembre, on constate que le cal de la fract

Le 22 novembre, on enlève le clou et on constate solidement fixée au fémur ; la cicatrice est à la face guon, qui est indolore à la pression. Le fémur est fragments principaux forment entre eux un angle ou apparent, le cal est petit, le raccourcissement dû à appréciable.

Le jeune garçon est revu le 30 juillet 1904. A nos sans canne autour de la maison, en s'appuyant spéc saine. Il porte un appareil qui prend son point d'app supérieure de la cuisse et sur le bassin.

Le moignon est très nettement atrophié, la cuisse de circonférence à son milieu, tandis que du côté on n'est que de 27 cm. La rotule est solidement fixée, peu obliquement suivant une direction allant de haut en bas. Cette obliquité est due à l'orientation du fémur. L'atrophie porte surtout sur les muscles de la cuisse. Le jeune garçon agite son moignon avec aisance et énergie. Il grimpe sur les arbres avec sans canne et se rend deux fois par jour à la maison minutes de chez lui, sans éprouver ni fatigue ni douleur qu'il n'ait pas eu l'occasion d'essayer un appareil terminal. La diaphyse fémorale est peu raccourcie ; le grand trochateur du condyle externe est sensible côtés. Le cal est difficile à percevoir. La cuisse opérée raccourcissement postopératoire.

Obs. VIII. — *Mal perforant plantaire avec gangrène.*

K. Marc, Lausanne, laitier, 55 1/2 ans. Entré à l'H 1902. Il a toujours été en bonne santé et ne se plai

le dos, qu'il ressent depuis plus de vingt ans. Au commencement de l'hiver, en des douleurs et une sensation de cuisson applications externes et quelques doses ur ont amené la guérison au bout de peu septembre 1896 ; à la fin de septembre de e font de nouveau souffrir ; le pied sem- . Parfois les douleurs apparaissent sous pied, elles s'irradient dans le mollet et : novembre, le patient est obligé de s'ali- rissant à améliorer son état. Le repos au douleurs, mais ne parviennent pas à les x mois de traitement inutile, le patient air une opération.

lle et bien nourri. La jambe gauche ne lature est flasque, mais bien développée. , sont conservés et normaux. La démarche évite de poser sur le sol la pointe du sont légèrement œdématisés jusqu'à leur asée ; sur la face dorsale des deuxième, la peau est lisse et tendue, la face interne de rougeur s'étend un peu sur le bord

se des douleurs très vives dans une zone es orteils et s'arrête nettement en arrière us. Les deuxième, troisième et quatrième uloureux à la pression. La face dorsale ement indolore. Les mouvements actifs aux, seuls les mouvements passifs impri- . La peau de la zone malade est hypes- contre que les muscles se contractent nor-

s, on essaie de traiter les douleurs par la une amélioration en ce sens que les dou- e persiste. Au bout de quelques jours, les vives. Le 2 février 1899, le patient fait e, à la fin de laquelle on conclut à des membre dont la gangrène se prépare ; moment, les orteils ne sont pas encore ore, la pédieuse bat normalement, on ne rtères plantaires, mais il s'est déjà formé yctène et la peau est tuméfiée, bleunie. ssages de la jambe et de la cuisse et en erticale et de mettre des chaussures. On

fera de la faradisation pour activer la circulation. Le 20 février, le malade rentre chez lui, son état est très amélioré, les douleurs ont disparu, l'œdème a beaucoup diminué, les orteils ont repris leur coloration rose.

Jusqu'en septembre 1902, K. peut vaquer à ses affaires en se ménageant et en se soignant tantôt à l'électricité, tantôt au moyen de médicaments, mais après avoir dû un jour faire à pied une course d'une demi-heure, il a ressenti des douleurs lancinantes dans le petit orteil gauche et a dû rentrer chez lui en voiture, la marche lui était impossible. Le surlendemain, il fait encore une course, à la suite de laquelle les douleurs le forcent à s'aliter. Les jours suivants, l'épiderme du petit orteil se soulève et les trois derniers orteils deviennent noirs, en même temps que la douleur tourmente le patient. Après une quinzaine de jours, un chirurgien enlève les trois orteils gangrénés, mais le lendemain de l'opération, le deuxième orteil montre déjà une tache noire et les douleurs, de plus en plus violentes, s'irradient jusqu'à la racine de la cuisse. Un second chirurgien conseille une opération plus radicale et envoie le malade à l'hôpital.

Le 13 novembre 1902, K. n'est plus en aussi bon état de nutrition que lors de son premier séjour à l'hôpital ; il a maigri, il a l'air souffrant. Le pied gauche est augmenté de volume, œdématié dans sa moitié antérieure ; la peau est brunâtre, lisse, sèche, desquamante. La plaie qui provient de l'ablation des trois derniers orteils est atone et elle se continue en arrière avec un ulcère de la grandeur d'une pièce de cinq francs ; cet ulcère a un fond grisâtre et faiblement bourgeonnant, il sécrète fort peu. Du côté plantaire, on constate sous la tête du quatrième métatarsien une perte de substance arrondie, de 1 1/2 cm. de diamètre, mais à fond noir, corné. Le deuxième orteil présente plusieurs plaques de sphacèle sur la face dorsale et sur la face plantaire. Il est immobilisé par la douleur comme le gros orteil.

On ne constate ni lymphangite ni engorgement ganglionnaire. Le genou et le système pileux n'offrent rien de spécial. Ni albumine, ni sucre dans l'urine.

Opération, 15 novembre 1902. — K. est endormi à l'éther. On ne met pas la bande d'Esmarch. M. le Prof. Roux procède à l'amputation de Gritti suivant sa technique habituelle, sauf en ce qui concerne le maintien du contact fémoro rotulien. Dans le cas présent, il assure la contention exacte de la rotule par une couronne de sutures comprenant les parties molles profondes ; ensuite il suture par-dessus la rotule l'aponévrose et les muscles postérieurs ; il réunit enfin la peau par des points espacés au crin de Florence, entre lesquels il place des griffes de Michel. L'écoulement des liquides est assuré par un drain placé du côté interne. Volumineux pansement aseptique non serré.

L'examen de la pièce amputée démontre une thrombose des vaisseaux, intéressant l'artère poplitée et la tibiale antérieure dans sa totalité. Les muscles sont mal nourris. Les nerfs sont petits et durs.

Le 17, on change le pansement et on enlève le drain ; T. s. 37°

Le 21, on change de nouveau le pansement, et le 23, on supprime les sutures et les agrafes. La plaie est parfaitement guérie.

Le 26, l'opéré décide de retourner à ses affaires ; le moignon est dur à la palpation, la rotule est demeurée en bonne position. Il quitte donc l'hôpital, en se plaignant seulement de quelques fourmillements au pied droit.

L'année suivante, en septembre 1903, il a dû subir la désarticulation de la hanche et il est mort peu de temps après l'opération ; le moignon n'a pas pu être utilisé, la gangrène ayant rapidement fait son apparition.

Voici les renseignements dus à l'obligeance de M. le docteur Roux de Brignoles, de Marseille, en août 1904 :

« Mon premier opéré de Gritti fut un enfant de 10 ans, opéré en août 1889 ; la section osseuse fut pratiquée immédiatement au-dessous du cartilage de conjugaison (technique décrite dans mon article de décembre). A l'heure actuelle, il marche admirablement sur sa cicatrice en prenant un appui terminal ; il emploie une jambe articulée à pied-bile. Agent d'assurances, il est en mouvement toute l'année. Le membre opéré est un peu plus long que l'autre »

« Le double Gritti opéré par Lartail et moi est un homme qui a été à l'hôpital, c'est-à-dire que je n'en ai plus de nouvelles depuis son exeat, mais il est resté au moins un an dans le service après sa guérison, l'administration ne voulant pas lui acheter d'appareil. Il marchait sur ses rotules, dansait, sautait, etc. par le moyen de ses fémurs qui exécutaient leurs mouvements avec toute leur intégrité ; l'extrémité du membre appuyé sur la rotule était protégée par une simple couche de coton ; c'est en novembre 1899 que le malade fut opéré... C'était un cas idéal. »

« La femme dont je parle dans mon article était encore victime d'un écrasement. Opérée en suivant la même technique, elle a guéri en trente-deux jours et marche admirablement avec un appareil à pression terminale et à pied articulé. »

« Les indications de guérison se rapportent à l'époque où les malades ont commencé à marcher... »

	Opérateur et date de l'opération.	Âge et sexe
1	Karpinsky, 1880. SALEMANN, <i>loc. cit.</i>	22 an homme
2	V. Wahl. C. NOLTE, <i>loc. cit.</i> HER- DA, <i>loc. cit.</i>	14 an homme
3	Notta, 1882. CHABROL, <i>loc. cit.</i>	38 an homme
4	Ried, 1882. RIED, <i>loc. cit.</i> BALACESCU, <i>loc. cit.</i>	58 an homme
5	V. Wahl, 1883. <i>Loc. cit.</i>	72 an femme
6	Ried, 1883. <i>Loc. cit.</i>	19 an homme
7	Ried, 1883. <i>Loc. cit.</i>	54 an homme
8	Trombetta, 1884. <i>Giornale internat. delle</i> <i>sc. med.</i> 1887.	—
9	Ried, 1884. <i>Loc. cit.</i>	66 an homme
10	Ried, 1884. <i>Loc. cit.</i>	39 an homme
11	Ried, 1884. <i>Loc. cit.</i>	55 an femme
12	Halferich, 1885. HERDA, <i>loc. cit.</i>	61 an homme
13	V. Wahl, 1885. C. NOLTE, <i>loc. cit.</i> HER- DA, <i>loc. cit.</i>	22 an femme

exécutées depuis la période antiseptique.

États de la plaie.	Suites opératoires.	Résultat immédiat.	Observations et résultat éloigné.
—	Mort après 4 jours par cachexie	—	—
Guérison, désu- spontanée de la	Guéri en 4 mois	Réamputé après 1 mois, nécrose du fémur sur une étendue de 8 cent.	—
Guérison de 6 se- ptuaginaires	Guérison	—	L'opérée s'appuie sur le moignon.
Guérison per primam	Guéri en 2 mois	—	Rotule bien fixée, indo- lore, cicatrice postérieu- re. Pilon.
—	Mort de cachexie au bout de 15 jours	—	—
Guérison per primam	Guéri en 37 jours	—	Rotule bien consolidée, indolore, le moignon a augmenté de volume.
Guérison per primam	Guéri en 50 jours	Rotule bien consolidée, indolore. Pilon.	—
—	Guérison	—	Moignon parfait depuis 3 ans et supporte un ap- pareil de prothèse.
Guérison de la plaie sans accès de dé- mangeaisons	Guéri en 3 mois par granulations	Rotule à cheval sur le bord inférieur du fémur, consolidée.	—
Guérison dans la bourse synoviale	Guéri en 3 mois	Rotule bien consolidée encore sensible à la pres- sion. Pilon et béquille.	La sensibilité de la rotule disparaît plus tard.
Guérison per primam	Guérie en 35 jours	—	Rotule bien consolidée, insensible. Pilon et bé- quille.
Guérison per primam	Guéri en 21 jours	—	—
—	Guérie en 6 mois	—	—

Opérateurs
de l'op

- 4 Bardleben,
UHL. *Inaug.*
lin 1885.
- 5 Bardleben,
Loc. cit.
- 6 Bardleben,
Loc. cit.
- 7 Bardleben,
Loc. cit.
- 8 Trendelenbu
WENZEL, *In*
Berl. Klin.
HERDA, *loc.*
- 9 V. Wahl, 41
C. NOLTE, *loc*
- 0 V. Wahl, 41
Loc. cit.
- 1 Bardleben,
SCHNEE, *Loc*
- 2 Bardleben,
Loc. cit.
- 3 Bardleben,
Loc. cit.
- 4 Bardleben,
Loc. cit.

Marche de la plaie.	Suites opératoires.	Résultat immédiat.	Observations et résultat éloigné.
—	Guérison	—	—
Union secondaire	Guérie en 35 jours	Rotule bien consolidée, indolore, pilon au 60 ^e jour avec point d'appui direct.	—
Suppuration	Mort en 2 jours	—	—
Union per primam par un point de suture du lambeau antérieur.	—	—	—
Union per primam	Guéri en 22 jours	Moignon bien consolidé.	Revu après 2 mois, le moignon est bien musclé et soutient sans douleur tout le poids du corps. Rotule bien soudée.
Union per primam	—	Rotule bien soudée, moignon bien conformé.	—
Union per primam	Guéri en 24 jours	—	—
Union per primam	Guéri en 17 jours	—	—
Union per primam	Guéri en 48 jours	Moignon puissant et indolore à la pression.	—
—	Guérison	Au 47 ^e jour, rotule bien fixée, moignon beau et puissant.	—
Union de la plaie par suppuration	Guérison	—	—
Après 12 jours nécrose d'un point du lambeau antérieur	Guérison	—	—
Nécrose limitée du fémur et élimination spontanée	Guéri en 4 mois	—	Malgré la nécrose du fémur, la rotule n'a pas glissé, elle est fixée, indolore à la pression, le moignon a bon aspect.

L. NOLTE, <i>loc. cit.</i>	homme	comminutive de la jambe droite, suppuration, phlegmon de la cuisse	d'argent. Drainage
Bardelen, 1889. <i>Loc. cit.</i>	23 ans homme	Fracture comminutive de la jambe droite, suppuration, puis désarticulation	Gritti 14 jours après désarticulat., lambeau non cousus. Suture rotulienne
Roux, de Brignol., 1889. Lettre particulière.	43 ans garçon	?	Sutures fibropériostiques, section osseuse immédiatement au-dessus du tilage de conjugaison
Leonte, 1890. Spitalul 1893. BALACUSCU, <i>loc. cit.</i>	45 ans homme	Fracture comminutive de la jambe droite	—
Helferich, 1890. HADA, <i>loc. cit.</i>	26 ans homme	Carcinome du pénis et glandes inguinales Résection de 12 cent. de l'art. et de la v. fémorales, gangrène de la jambe	Suture périostique; gut, petites thromboveineuses, lambeau cousus
Koch, 1890. ERLICH, <i>loc. cit.</i>	48 ans homme	Sarcome myélogène du calcaneum et du tibia	Suture rotulienne d'argent
Koch, 1890. <i>Ibid.</i>	49 ans homme	Arthrite fongueuse tibio-tarsienne, raclage, gangrène consécutive	Suture au fil d'argent
Koch, 1890. <i>Ibid.</i>	69 ans homme	Cancer de la jambe droite, syphilis tertiaire	Gritti accompagné d'extirpation des ganglions poplités et inguinaux
Bardelen, 1890. NOLTE, <i>loc. cit.</i>	64 ans homme	Ulcère variqueux de la jambe droite, gangrène du pied droit	Fixation de la rotule au fil de fer nickelé
Bardelen, 1891. Schnee, <i>loc. cit.</i>	23 ans homme	Fract. mult. de la jambe d. par arme à feu, infect.	Fixation de la rotule au fil de fer
Bardelen, 1891. <i>Ibid.</i>	44 ans homme	Jambe de polichinelle, consécutive à une paralysie spinale infantile	Fil de fer

Opérateur et date de l'opération.	Âge et sexe.		
Helferich, 1892. HERDA, loc. cit.	37 ans homme	Gangrène Pirogoff. Extension de la gangrène	Gruu, tendons cousus, artériosclérose. Suture périostique de rotule au catgut
Helferich, 1892. Loc. cit.	84 ans homme	Gangrène sénile du gros orteil gauche, artériosclérose	Suture périostique au catgut, les artères ne guérissent presque pas
Helferich, 1892. Loc. cit.	28 ans homme	Sarcome du tibia gauche	Sut. périostique au catgut
Bardleben, 1892. SCHNER, loc. cit.	32 ans homme	Ulcération et éléphantiasis arabe de la jambe droite	Fixation de la rotule au fil de fer
Bardleben, 1892. Ibid.	70 ans femme	Gangrène sénile des orteils droits	Suture rotulienne soie. Thrombose des veines profondes
Bohl, 1892. BOHL, loc. cit.	34 ans homme	Ulcères syphilitiques multiples de la jambe gauche	Suture du ligament croisé à la partie postérieure restante de la capsule articulaire
Desguin, 1892. Bull. de la Soc. méd. d'Angers, sept. 1892.	—	—	—
Jaboulay, 1892. Lyon médical, fév. 1895.	—	—	Enclouement
Leonte, 1892. Spitatul, 1893, BALACESCU, loc. cit.	20 ans homme	Désarticulation de la jambe, ulcérat. du moignon	—
Helferich, 1893. HERDA, loc. cit.	48 ans homme	Dégénérescence carcinomateuse d'une ancienne cicatrice	Sut. périostique au catgut
Bohl, 1893. Loc. cit.	12 ans garçon	Ostéomyélite totale du tibia gauche	Conservation du ligament rotulien
Helferich, 1894. HERDA, loc. cit.	43 ans femme	Ulcère chronique de la jambe gauche	Sut. périostique au catgut

	Opérateur et date de l'opération.	Age et sexe.	Diagnostic.	Particularités opératoires
84	Helferich, 1894. Ibid.	25 ans homme	Sarcome de la jambe droite, ganglions inguin.	Suture périostique, ex- pation des gangl. popli
85	Roux, de Lausanne, 1894.	67 ans	Gangrène sénile	Enclouement ?
86	Le Dentu, 1894. Ibid. LE DENTU, <i>loc. cit.</i> CHABROL, <i>loc. cit.</i> , 1901.	—	—	—
87	Le Dentu, 1894. Ibid.	—	—	—
88	Tuffier, 1894. <i>Bull. et mém. de la Soc. de Chir.</i> , Paris 1900.	—	—	—
89	Sczypiorsky, 1896. <i>Gaz. des Hôp.</i> , 1901.	24 ans homme	Broiement du pied et de la jambe gauches. Ampu- tation. Gangrène du moi- gnon	Cerclage de la rotule fil d'argent
90	Rioblanç. RIOBLANC, <i>loc. cit.</i>	22 ans homme	Fracture compliquée de la jambe droite, infection	Sut. rotulienne à la s
91	Roux. de Lausanne, 1896.	41 ans femme	Ostéite tuberculeuse du tibia gauche	Enclouement de la rot
92	Roux, de Lausanne, 1896.	69 ans homme	Gangrène sénile. Throm- bose de l'artère poplitée	Enclouement de la rot
93	Roux, de Lausanne, 1896.	40 ans homme	Pied bot traumatique, atrophie de la jambe	Enclouement de la rot

Opérateur et date de l'opération.	Âge et sexe.		
Roux, de Lausanne, 1896.	75 ans femme	Ulcère variqueux de la jambe droite	Enclouement de la rotule
Szypiorsky, 1898. <i>Gaz. des Hôpit.</i> 1901.	17 ans homme	Broiement de la jambe gauche, rupture de l'artère tibiale gauche, ligature. Gangrène consécut.	Cerclage de la rotule
Szypiorsky, 1898. <i>Ibid.</i>	23 ans homme	Détachement complet de la jambe gauche au tiers supérieur par écrasement	Cerclage de la rotule, mur scié à 3 cent. au-dessus des condyles
Leonte et Bardescu, 1898 BALACESCU, <i>loc. cit.</i>	40 ans homme	Epithéliome du pied droit	Rotule fixée par suture au calgut
Leonte et Bardescu, 1898 <i>Ibid.</i>	44 ans homme	Gangrène du pied gauche	Sutures latérales de rotule au calgut
Leonte et Bardescu, 1898 <i>Ibid.</i>	50 ans homme	Fracture compliquée et communitive de la jambe gauche avec gangrène et septicémie consécutives	Tendon rotulien suturé au fémur en arrière
Bussière, 1899. BUSSIÈRE, <i>loc. cit.</i> , 1903.	— homme	—	—
Bussière, 1899. <i>Ibid.</i>	—	—	2 sutures rotuliennes latérales au fil d'argent
Blum, 1899. Thèses de CHABROL et LASSALLAS, <i>loc. cit.</i>	51 ans	Sarcome de la jambe gauche	Rotule non suturée
Roux, de Brignol., 1899. <i>Arch. prov. de Chirurg.</i> 1903 et lettre particul.	âge ? homme	Ecrasement des 2 jambes	Double G. bro périost
Roux, de Brignoles, 1899. <i>Ibid.</i>	32 ans femme	Ecrasement de la jambe	Sutures fil
Poirier, 1900. <i>Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.</i> , Paris 1900.	—	Ecrasement de la jambe	Enclouement de la rotule
Chalot et Mériel, 1900. <i>Arch. Provinc. de Chir.</i> , 1903.	38 ans femme	Ostéo sarcome du tibia	Suture de la rotule au 4 fils d'argent

1

1

1

1

1

1

1

2

1

1

	Opération et date de l'opération.	Age et sexe.	Diagnos
118	Roux, de Lausanne, 1901.	49 ans femme	Ecrasement de droite
119	Bardescu, 1902. BALACESCU, loc. cit.	32 ans homme	Gangrène du p
120	Bardescu, 1902. BALACESCU, loc. cit.	40 ans homme	Gangrène du
121	Roux, de Brignoles 1902, 1903, loc. cit.	65 ans homme	Ostéomyélite tibia gauche
122	Roux, de Lausanne, 1902.	8 ans garçon	Arrachement fracture de cu
123	Roux, de Lausanne, 1902.	24 ans homme	Luxation tibi ouverte, infect
124	Roux, de Lausanne, 1902.	55 ans homme	Mal perforant gangrène de thromboses ar
125	Balacescu 1903. BALACESCU, loc. cit	30 ans homme	Gangrène du œdème étendu
126	BALACESCU 1903. Ibid.	60 ans homme	Gangrène du p amputat. de la
127	Balacescu 1903. Ibid.	35 ans homme	Ulcère chron. l g. avec nécros
128	Pluyette 1904. PLUYETTE loc. cit.	44 ans homme	Broiement de déchirure de l' antérieure. Ga

Fig. 1.

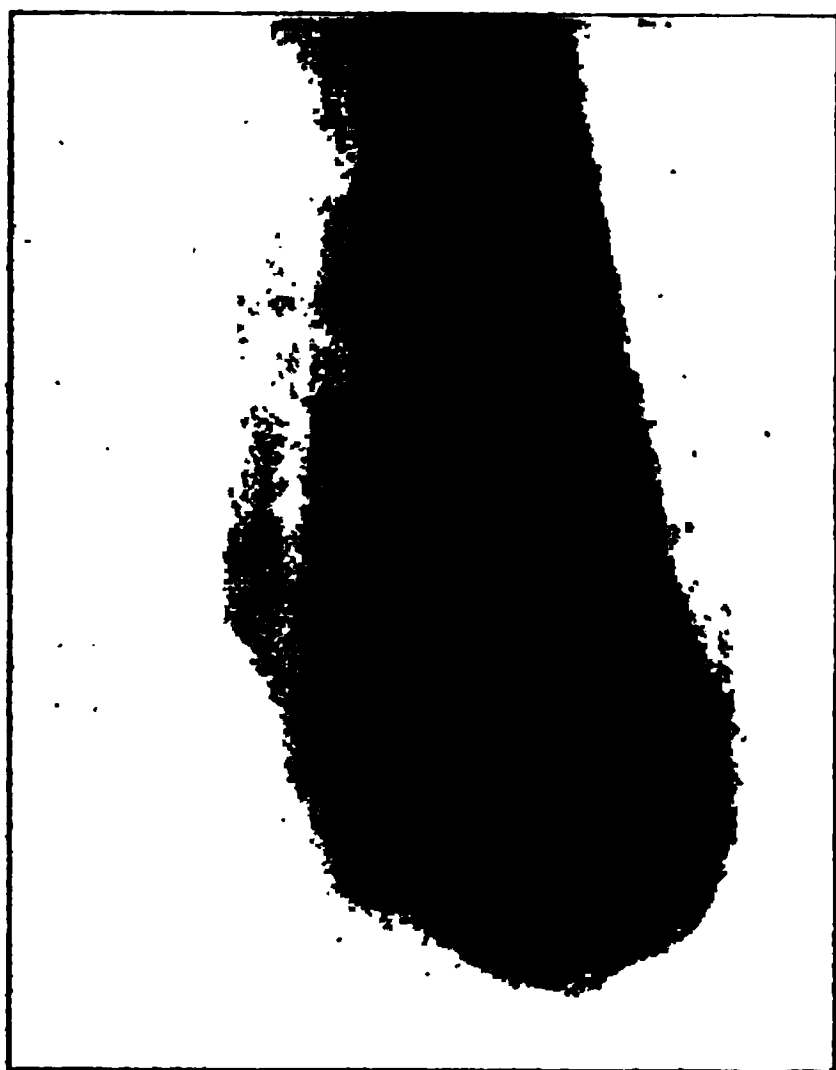
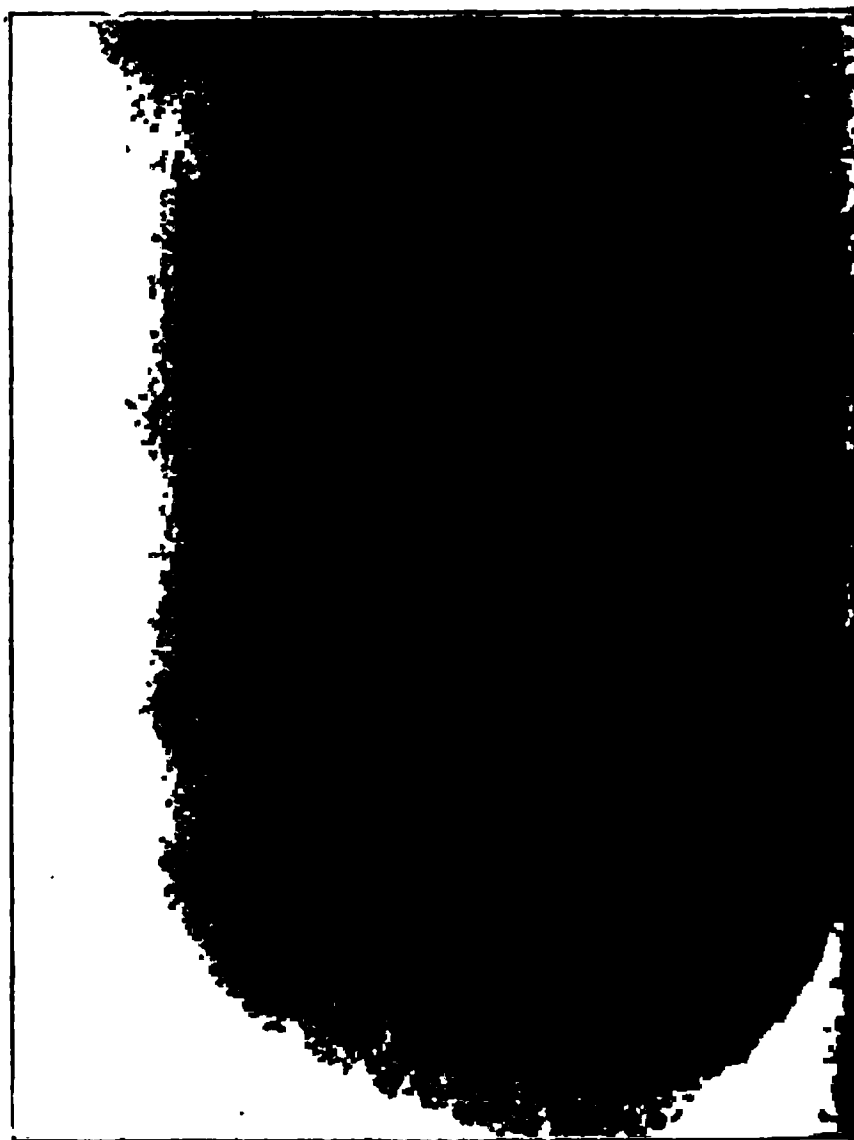


Fig. 2.



Obs. III. — Radiographies prises 7 ans et 7 mois après l'opération.

Fig. 3.



Obs. V. — Radiographie prise 31 mois après l'opération.

à Genève (Janvier-Avril 1905)

Le 3 mai 1905

Dr H. AUDEOUD.

Service des Enfants malades

vous qui doutent de l'autonomie de la fièvre infectieuse, je leur soumetts les faits qui permettent de considérer comme une fièvre infectieuse les médecins d'enfants¹.

épidémique.

propres, en dehors des épidémies de

invasion, son éruption et ses autres caractères des autres fièvres éruptives.

amment et avec la même intensité les symptômes de la rougeole ou la scarlatine, ou ceux qui permettent de considérer qu'elle ne confère pas l'immunité de la scarlatine.

que la rubéole chez les personnes

Aucun doute que c'est bien une maladie dans le cadre nosologique. Considérée dans le cadre nosologique, la rubéole est une maladie de fièvre éruptive, ayant une éruption polymorphe, un exanthème peu accentué et éphémère ; elle est presque toujours

comme la rougeole ou la scarlatine, mais une maladie rare, elle a déjà été décrite par Rilliet. Les dernières épidémies de 1889 et 1898. Celle de 1905 semble avoir atteint son maximum du milieu mars pour décliner ensuite en avril : elle est à peu près.

Les enfants frappés, loin de là.

La France possède actuellement plusieurs foyers de rubéole : à Paris, M. le Dr Guignon, secrétaire général de la Société de pédiatrie, a bien voulu faire en avril une enquête à ce sujet auprès de ses collègues, d'où il résulte qu'il existe une épidémie de rubéole, à type scarlatiniforme, avec adénopathies cervicales nettes, gonflement de la face et des mains, accompagnée de léger prurit, presque apyrétique, évoluant d'une manière bénigne et sans complication.

Lyon n'aurait pas eu de cas (prof. Weill).

Par contre Marseille présente une épidémie assez forte ; le Dr d'Ástros, professeur de Clinique infantile, nous écrit qu'elle a commencé en février et qu'elle dure encore : l'érythème est presque exclusivement scarlatiniforme, avec adénopathie marquée précédant quelquefois l'éruption de plusieurs heures ; il y a peu de fièvre, souvent de l'angine et une légère desquamation.

La Suisse a payé son tribut à la maladie d'une manière assez inégale : en effet, le prof. Stoos n'a pas constaté de cas de rubéole à Berne cette année, tandis qu'au printemps de 1904, il y avait eu une épidémie d'érythème scarlatiniforme.

A Lucerne, le Dr Brun, médecin inspecteur officiel, n'annonce aucun cas depuis le commencement de 1905, tandis qu'il y eut une légère épidémie l'année dernière.

A Zurich, il a été déclaré quatre cas de rubéole du 21 janvier au 25 mars dernier ; M. W. de Muralt en a observé un ou deux cas à l'Hôpital des enfants, mais point dans sa clientèle.

A Bâle, le prof. Hagenbach et le Dr Feer en ont soigné un plus grand nombre.

A Neuchâtel, le Dr de Reynier en a observé quelques cas isolés, mais sans épidémie.

Dans le Bas-Valais, aux environs de Martigny, le Dr Brocard, a soigné une dizaine de malades atteints de rubéole à type scarlatiniforme.

Enfin, c'est Lausanne qui a été la ville la plus atteinte : le Dr Weith, médecin des écoles, nous indique que les écoles primaires, urbaines et foraines, en ont présenté 17 cas, de septembre à décembre 1904, et 138 cas en janvier et février derniers ; l'épidémie a continué en mars et avril et sa caractéristique a été la fréquence de complications pulmonaires souvent graves.

Après cette excursion au dehors, rentrons à Genève et disons

difficile de se rendre un compte exact de la maladie dans notre cité. En effet, la population qui la plupart du temps évolue dans la ville ne se porte guère que l'existence d'un exanthème peu l'entourage. Les chiffres doivent donc représenter qu'une approximation.

En effet, puisque c'est là que se trouvent les foyers à l'éclosion et à la propagation de la maladie. Le Dr Pautry, directeur du Bureau de santé, dont il nous paraît bien vouloir faire une enquête dans les écoles primaires de la ville pour établir le nombre d'enfants atteints depuis le 1^{er} janvier jusqu'au 1^{er} mars sur 4078 élèves des écoles de la ville, du Grütli, de la Gare, de la rue de la Paix; cela représente 1,400,000 élèves; paraît très inférieur à ce qu'il a constaté dans les écoles privées, dont les enfants atteints par leurs parents, la rubéole a frappé environ 21 fois plus; rien n'explique-

Et les directeurs ont fort aimablement voulu en effet donner les résultats suivants :

Maladie sur 89 élèves	=	38 % de morbidité
• 51 •	=	29 % •
• 172 •	=	27 % •
• 86 •	=	23 % •

Maladie sur 401 élèves soit 29 % de morbidité sur une élève élevée puisqu'elle représente la population de ces écoles, montre bien la gravité de cette maladie éruptive. L'enquête dans les autres écoles du canton nous a appris qu'à l'école de Chêne-le-Rouge sur 55 élèves des classes enfantines et 93 élèves des classes primaires

la rubéole, à l'école enfantine de

La région de Bernex a été a peu près D^r Dutrembley¹.

Nous avons eu l'occasion de suivre particulièrement, du 11 janvier au 15 avril, nous occupe et 35 cas sont parvenus ; que nous ayons eu à les traiter directement.

Si nous groupons les chiffres indiqués à un total de 312 cas de rubéole, nous représentons qu'une partie de l'épidémie.

Essayons toutefois d'en tirer quelque chose qui concerne la maladie elle-même. Nous présentons un exposé didactique et une description est très bien faite dans la description des maladies de l'enfance de MM. I. Grand Traité des maladies de l'enfance de M. Guinon.

Étiologie. — La maladie s'est montrée atteignant souvent la seconde enfance ; portée de l'école, elle fait le tour de quelquefois les parents ou les nourris atteints une petite fille de six semaines, sans gravité du reste. Les adultes malades que les écoliers ; une maîtresse ses élèves ; quatre ou cinq mères par virulent, qui nous est inconnu, semble pour la rougeole, le maximum de contagion : plusieurs enfants séparés de la l'apparition de l'exanthème leur ont la maladie. La durée de contagiosité a par

Bien qu'en général la rubéole ne se reproduise pas, sur soixante-quatre enfants, quatre la seconde fois.

Symptômes. — Nous avons pu déterminer la durée de l'incubation dans six cas, relativement isolés, ayant eu un contact ; temps fut quatre fois de quatorze jours, fois de dix-sept, compté au jour de l'apparition de l'exanthème ; il y a cette période a passé inaperçue ; il y a

¹ De nombreux cas de rubéole y sont apparus.

tude, de la fatigue, un peu de pâleur. Une fillette de treize ans a présenté sept jours avant l'exanthème une éruption à la face, morbilliforme, passagère, sans fièvre ni autre manifestation, semblable à un *rash*; une semaine après elle souffrait d'une rubéole très forte.

L'invasion a été marquée souvent par une fatigue exagérée que rien n'expliquait; la pâleur de la face, l'anorexie, la céphalalgie pouvant durer trois jours et une température de 38° montraient un état anormal; le début s'est fait par une épistaxis chez un garçon de 5 ans 1/2, mais habituellement aucun symptôme n'a précédé l'éruption. Telle cette fillette qui prend sa leçon de solfège au Conservatoire et à qui sa maîtresse apprend, à son grand étonnement, qu'elle a la figure toute rouge. Une autre fille part de chez elle le matin se sentant très bien; on la ramène de l'école aussitôt arrivée, l'exanthème étant apparu.

L'éruption semble être parfois la seule manifestation de la maladie, l'enfant se déclarant du reste en bonne santé, fort ennuyé de garder le lit ou la chambre.

L'exanthème a toujours commencé par la face, mais en s'étendant dans l'espace de quelques heures à tout le tronc, puis aux quatre membres; le type morbilliforme a largement prédominé: macules ou papules rouges avec intervalle de peau saine; l'éruption a été dans quatre cas tout à fait confluyente au visage, accompagnée d'un véritable gonflement; chez une fille de six ans elle a été boutonneuse, sans aller toutefois jusqu'à simuler la variole comme dans le cas de Dupré. Le type scarlatiniforme et le type mixte ont été moins fréquents. Dans trois cas il y a eu cinq ou six jours après la première poussée de l'exanthème, qui avait disparu, une deuxième poussée intéressant souvent la face, durant un à trois jours.

Chez des jeunes filles déjà formées et chez les adultes, l'éruption s'est montrée d'une intensité telle qu'en dehors de la notion de contagion et d'épidémie, le diagnostic de rougeole aurait semblé beaucoup plus exact; mais les symptômes généraux et surtout la terminaison rapide de la maladie démontraient bien l'existence d'une rubéole.

La durée de l'éruption a varié de deux à cinq jours, les taches rouges passant au brun pour disparaître ensuite peu à peu.

On a attaché beaucoup d'importance aux adénopathies multiples et cela à juste titre; elles se sont présentées dans la très grande majorité des cas: hypertrophie inflammatoire doulou-

reuse des ganglions sous et rétro-maxillaires, pré-auriculaires, mastoïdiens et sterno-mastoïdiens, rétro-cervicaux et axillaires. Les enfants se plaignent de ces boules qui les gênent pour la mastication et les mouvements de la tête. Jamais nous n'avons vu de suppuration.

L'élément catarrhal a joué un rôle restreint; cependant dès le début nous avons noté du coryza, des éternuements répétés, du larmolement, de la conjonctivite avec injection assez forte des paupières dans un cas, de l'angine catarrhale simple ou avec quelques points blancs, du piqueté du côté du palais, une véritable papillite de la langue chez une fillette de six ans, de la laryngite persistant plusieurs jours, enfin de la bronchite légère.

Tous ces symptômes ont pu être intenses chez les adultes.

La température est restée en général normale; une jeune fille de 14 ans avait une forte éruption avec $37^{\circ},3$; un garçon de sept ans a fait toute sa rubéole avec $36^{\circ},5$ et $36^{\circ},7$; par contre, chez une maîtresse d'école il y a eu huit jours de forte fièvre.

La maladie s'est terminée fréquemment par une desquamation légère furfuracée, prononcée surtout à la face, durant trois à quatre jours, mais ce symptôme n'a pas été constant.

L'examen de l'urine n'a jamais décelé d'albumine.

Complications. — Il s'est présenté de rares complications sous forme de palpitations fort pénibles et persistantes chez une fille de dix ans, d'otite catarrhale, et enfin un cas d'œdème pulmonaire aigu qui mit tout près de la mort un grand et fort garçon de onze ans. Ce malade avait eu une roséole de moyenne intensité et semblait guéri le cinquième jour. Il sortit et ne rentra malheureusement que vers 6 h. du soir par un temps froid; il se mit aussitôt à tousser et à présenter une dyspnée légère. A 10 h. $1/2$ la toux devint persistante, continue, fréquente et ne céda pas à une potion calmante; entre 11 h. et minuit nous constatons des râles fins d'œdème pulmonaire aigu dans toute la hauteur des deux poumons, sans matité, avec dyspnée très marquée; un vomitif reste sans effet, les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés, les inhalations d'oxygène, n'ont que peu d'influence sur l'état général. De minuit à 2 h. du matin le garçon asphyxie de plus en plus, les extrémités sont refroidies, cyanosées comme la face, le pouls est petit, inégal et irrégulier, la dyspnée très forte et de temps à autre il sort de la bouche un flot de mousse sanguinolente; vraiment le pronostic nous semble terriblement mauvais à

ventouses scarifiées, on couvre apisés et nous faisons une saignée. A 5 h. du matin l'état ne s'est amélioré que de 0,25 gr.; à 8 h. amélioré à midi; le soir le malade meurt après il est guéri.

urticaire comme ce fut le cas en 1889, Lombard et Mayor (séance du 5 juin 1889) ¹.

de la rubéole est bénin; nous lever sur les 312 cas observés et il a eu à Genève pendant cette épidémie des complications pulmonaires, fréquentes dans d'autres exemples, ont accru singulière-

ment très bien M. Comby, le point diagnostique différentiel. La rareté de la rubéole ne survient que dans certains cas, fait que le médecin est peu

augmentée par la coexistence à la fois d'une épidémie de rougeole et d'une épidémie de rubéole. Plusieurs enfants ont eu en janvier et en mars une rubéole non suivie de la rubéole tout d'abord, puis la rougeole plus tard. Un grand nombre d'enfants atteints de rubéole avaient eu la rougeole.

des symptômes généraux et de la rougeole, mais leur amendement n'ont suffi habituellement pour

repousser l'idée de rougeole et d'exanthème buccal, de catarrhe, l'apyrexie, l'adénopathie de l'exanthème, enfin la rougeole, excellent et l'existence d'une

cas de polynévrite aiguë généralisée chez un enfant de 7 ans; cet enfant est en voie de

Dans les cas de rubéole à type scarlatiniforme qui prétaient à confusion avec la scarlatine légitime, la faible ascension thermique au plus fort de l'éruption, l'absence de vomissements initiaux, d'angine véritable, de dépouillement de la langue et plus tard de desquamation, ont levé tous les doutes. Par contre nous avons vu prendre pour une rubéole une scarlatine, de moyenne intensité, mais dont l'évolution a bien démontré la parfaite légitimité.

Les éruptions sériques, toxiques ou médicamenteuses, les miliaires sudorales ont présenté peu de difficultés pour leur diagnostic. La notion épidémiologique est habituellement d'un excellent secours.

C'est ici la place de parler de l'existence d'une quatrième maladie éruptive qui ne serait ni la scarlatine, ni la rougeole, ni la rubéole, mais qui ressemblerait à la scarlatine, comme la rubéole à la rougeole. On la désigne sous le nom de quatrième maladie (*fourth disease*) ou maladie de Dukes-Filatow, d'après les cliniciens anglais et russe qui l'ont décrite. On peut lire à ce sujet un article du Dr Guinon dans le n° de février 1905 de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* et dans la *Semaine médicale* du 20 mars dernier, une revue fort intéressante du Dr Cheinisse, qui ne cite pas moins de trente-trois travaux publiés sur ce sujet.

La quatrième maladie ressemble beaucoup comme symptomatologie à la rubéole à type scarlatiniforme, mais elle peut frapper, sous forme d'épidémie, des enfants qui ont déjà eu la rubéole d'une part et la scarlatine de l'autre.

Cette question divise actuellement les cliniciens; tandis que les uns, comme Broadbent, Millard, Kidd, Bokay, etc., acceptent l'autonomie de cette maladie, d'autres, comme Schaw, la considèrent comme une espèce de rubéole, en divisant cette affection en deux types, morbilliforme et scarlatiniforme.

Ce problème, fort intéressant, ne nous paraît pas encore complètement résolu; il est nécessaire de réunir de nouvelles observations pour son étude. Tous les praticiens se sont trouvés embarrassés au point de vue du diagnostic devant des éruptions ressemblant fort à des scarlatines légères, mais où les caractères de la maladie étaient trop peu marqués pour nécessiter une réclusion de six semaines, une exclusion de l'école pour les frères et sœurs du patient et la déclaration officielle suivie de la désinfection obligatoire.

qui nous a donné à réfléchir à ce point. Or nous voyons une fillette de trois ans, avec une fièvre légère, de la rougeur de la face, peu chargée et une éruption rouge aux bras, sur le tronc et la racine des membres. L'enfant n'a pas vomi, elle ne présente pas de diarrhée.

Les parents craignant beaucoup la scarlatine, de cinq mois, demandent l'admission à la Maison des enfants malades; il s'agit d'un cas de scarlatine légère; l'enfant entre dans le pavillon des scarlatineux. Le lendemain à la normale et les symptômes disparaissent. Or qu'arriva-t-il? Quelques jours plus tard, fièvre (39°,4), vomissements, et forte éruption de scarlatine suivie d'une deuxième maladie n'était donc pas une scarlatine, mais un cas de *fourth disease*?

Le traitement de nos rubéoliques a consisté à donner une diète liquide: boissons rafraichissantes et l'éruption. Souvent une alimentation autorisée, les malades se refusant énergiquement. Le séjour en chambre est indiqué pendant les premiers jours et il est prudent d'éviter les courants d'air pendant tout un temps froid. Un ou plusieurs jours de traitement.

Il est difficile et l'isolement ne nous a pas empêché la contagion.

25.

Châtes dans les lésions syphilitiques

Dr. VALERIO et le Dr A. LASSUR.

Revue vaudoise de médecine, le 29 juin 1905.

Les lésions successives, Schaudinn et Hoffmann ont démontré la présence de spirochètes dans les lésions, spirochètes qui se trouvent non

Zeitschrift. Gesundheitsamt, 1903, Bd. 22. *Woch*, 1905, p. 711.

seulement à la surface des chancres et des plaques muqueuses, mais même dans la profondeur des glandes lymphatiques atteintes. Ils ont signalé deux espèces de spirochètes : l'une (qu'ils ont rencontrée aussi dans des condylomes acuminés), est grande, réfringente, se colore bien et fortement par les couleurs d'aniline et présente plutôt des ondulations que de véritables spirales ; ils l'ont appelée *Spirochoete refringens*. L'autre, très fine, très difficile à colorer (par la solution forte de Giemsa), ayant de 4 à 14 μ de longueur, avec dix à quatorze tours de spirale en tire-bouchon ; ils l'ont appelée *Spirochoete pallida*. Le spirochoete refringens n'aurait rien à faire avec les lésions syphilitiques, tandis que le spirochoete pallida, serait la forme probablement spécifique de la syphilis. Nous nous empressons de noter que Schaudinn et Hoffmann se gardent bien de se prononcer d'une façon absolue sur la nature spécifique de ce micro-organisme. Ils ne font qu'insister sur le fait que le Sp. pallida se rencontre même dans les lésions syphilitiques fermées, comme par exemple, dans les glandes satellites de l'accident initial. Ils ont pu en effet le rencontrer dans du suc de glandes lymphatiques obtenu par ponction.

Les communications de Schaudinn et Hoffmann ont été suivies par d'autres observateurs. Ainsi Metschnikoff et Roux¹ ont trouvé le Sp. pallida dans les lésions syphilitiques de l'homme et des singes, et jamais dans des lésions d'autre nature.

Levaditi² l'a trouvé dans les bulles d'un pemphigus syphilitique d'un enfant, bulles qui n'étaient pas encore ouvertes, et chez un enfant hérédosyphilitique, mort à deux mois, il l'a trouvé dans la rate, le poumon et surtout dans le foie.

Salmon³ a trouvé aussi le Sp. pallida dans un pemphigus syphilitique, mais il n'y en avait point dans le mucus nasal, ni dans le sang. Schaudin⁴ l'a trouvé aussi dans le sang de la rate d'un syphilitique, la veille de l'éruption d'une roséole. Buschke⁵ chez un enfant hérédosyphilitique, mort à dix semaines, a trouvé Sp. pallida, dans la foie et dans la rate, ainsi que dans le sang, pendant la vie de l'enfant. Frosch l'a trouvé dans deux

¹ Acad. de méd. de Paris. Séance du 16 mai 1905. (Sem. méd. 1905, p. 234).

² Soc. de biologie, 20 mai 1905. (Sem. méd. 1905, p. 247).

³ Soc. de biologie, 20 mai 1905. (Sem. méd. 1905, p. 247).

⁴ Soc. de méd. berlinoise, séance du 17 mai 1905. (Sem. méd. 1905, p. 261).

⁵ BUSCHKE, FROSCH, WECHSELMANN, LEWENTHAL, RECKZEK. Soc. de méd. berlinoise, séance du 24 mai 1905. (Sem. méd. 1905, p. 273).

syphilitiques. Wechselmann l'a
 apules syphilitiques, mais ni dans
 ns, insuccès qu'il attribue à un
 ial l'aurait trouvé dans les cellu-
 Reckzek dit que dans deux cas
 es involutives de *Sp. pallida* dans
 us¹ le dit rare dans le chancre
 les plaques muqueuses. Leyaditi,
 rouveré dans des bulles de pem-
 érédosyphilitique, mais il leur a
 présence du parasite dans les

le série de recherches sur cette
 les premiers résultats auxquels

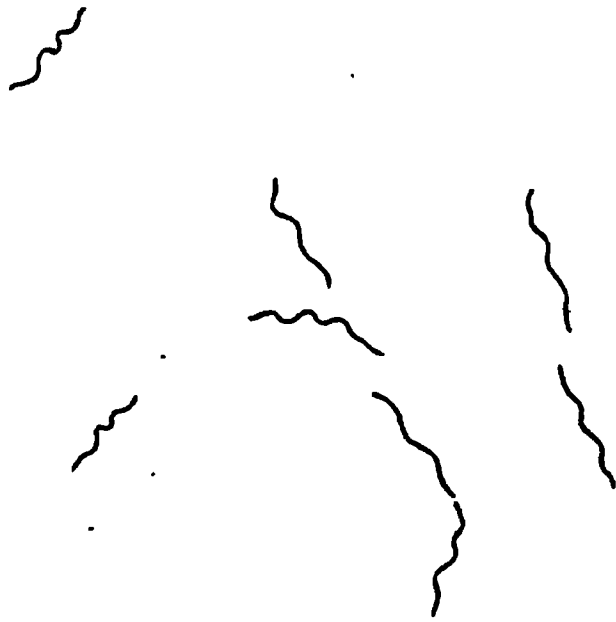
é au commencement de mars 1905.
 tial sur le dos de la verge, en voie de
 vive intense du prépuce, du scrotum,
 us. Sur chaque cuisse, au niveau du
 ndylomes plats, volumineux. Alopécie
 des, à la palpation dans les plis in-

injections de sublimé.
 ylôme de la cuisse gauche. L'examen
 solution physiologique, révèle la pre-
 de spirochètes à extrémités effilées, à
 tire-bouchon, animés de mouvements
 dans tous les sens dans le liquide dans
 ochètes sont extrêmement fins et leur
 le déplacement qu'ils déterminent des
 nt.

mêmes préparations, séchées, fixées à
 douze heures dans l'azur de Michaelis,
 s en quantité considérable, très fins,
 roupés parfois en petits amas de trois,
 préparation colorée par la méthode de
 aussi finement colorés en violacé. Dans
 bleu de méthylène au thymol, on ne
 sine colorées et à peine visibles, tandis
 ns des préparations colorées par la

fuchsine de Ziehl, mais la coloration n'est pas si fine ni aussi nette que dans celle à l'azur.

Le 3 juin, le malade a déjà reçu 0,20 de sublimé en sept piqûres; amélioration notable; raclage d'une lésion papulo-érosive, en voie de guérison de la marge de l'anus.



Sp. pallida Condylome de la marge de l'anus.

Oc. 12, comp. tube 15,50. Obj. imm. homog. 2 mm. Leitz.

Gross. 1 : 1500 environ.

L'examen microscopique de préparations colorées à l'azur de Michaelis, révèle la présence de nombreux spirochètes, identiques à ceux observé le 26 mai.

Obs. II. — M^{lle} G., 24 ans. Infection en décembre 1904.

Status au 27 janvier 1905. Cicatrice de l'accident initial sur la grande lèvre droite, adénopathie inguinale bilatérale.

Le 9 février, l'adénopathie inguinale semble avoir augmenté de volume, adénopathie cervicale et rétro-mastoldienne gauche. *Syphilide maculeuse. Plaques muqueuses.*

Piqûres de sublimé du 11 février au 25 mars (20 piqûres = 0,48 de sublimé).

2^e cure le 18 mai. Une plaque muqueuse sur le bord droit de la langue.

Le 27 mai la plaque muqueuse est guérie.

Le 31 mai, raclage de la langue à l'endroit exact où se trouvait la plaque muqueuse. L'examen microscopique du matériel coloré à l'azur de Michaelis, démontre la présence de quelques spirochètes, identiques à ceux décrits dans la première observation.

Le 20 juin, raclage de plaques muqueuses situées sur le bord libre du voile du palais; l'examen microscopique ne permet pas de déceler la présence de spirochètes.

Obs. III. — M. M., 22 ans. Infection à la fin d'octobre 1903. Accident initial sur le prépuce.

Status au 13 décembre : *Syphilide lenticulaire*, adénopathie inguinale droite volumineuse, adénopathie cervicale.

Du 13 décembre au 3 février 1904, première cure mercurielle (injections intra-veineuse, puis intra-musculaire de sublimé).

Revu le 4 juin 1905, le malade n'a pas continué la médication, il ne présente aucune lésion, ni aucun stigmate d'infection syphilitique. Le retour d'accidents dans la cavité buccale étant possible d'un jour à l'autre, tout traitement ayant été suspendu, on pratique, le 4 juin, un râclage du bord droit de la langue. L'examen microscopique du matériel coloré à l'azur de Michaelis, ne permet pas de déceler la présence de spirochètes.

Obs. IV. — M^{me} Z., 20 ans, mariée. Infection probable en février 1905.

Status au 28 avril : *Syphilide papuleuse*, plaques muqueuses disséminées sur la face interne des joues.

Début du traitement le 28 avril

Le 12 mai, guérison des accidents.

Le 5 juin, râclage de la langue en deux endroits différents. L'examen microscopique des préparations colorés à l'azur de Michaelis, ne permet pas de déceler la présence de spirochètes.

(Ces deux dernières observations (III et IV), ont servi de contrôle pour l'obs. II, où dans des conditions en apparence analogues, la recherche des spirochètes avait été positive).

Fin du traitement mercuriel le 14 juin. Le 23 juin, *Syphilide papuleuse* (récidive). Le 26, râclage d'une petite papule de l'avant-bras, après avoir abrasé le sommet. L'examen à l'état frais du matériel, ne permet pas de déceler de spirochètes. L'examen des préparations colorées à l'azur est aussi négatif.

Obs. V. — M^{me} P., 26 ans, mariée. Vient consulter le 6 juin pour une petite ulcération siégeant sur le bord gauche de la langue. Pas de stigmates d'infection syphilitique. Dit n'avoir jamais présenté d'accidents du côté de la peau ou des muqueuses. N'a jamais suivi de traitement mercuriel. Un enfant âgé de 6 ans, en bonne santé ; a accouché d'un enfant mort en avril 1904. L'ulcération linguale présente tous les caractères d'une plaque muqueuse. Diagnostic de syphilis « in suspenso ».

Le 5 juin, râclage de l'ulcération. L'examen microscopique du matériel coloré à l'azur de Michaelis démontre la présence de spirochètes, présentant les caractères indiqués dans l'obs. I.

La malade est revue le 15 juin. Nouvelle érosion très superficielle, petite, près de la pointe de la langue. Râclage.

Examen microscopique du matériel coloré à l'azur de Michaelis : plusieurs spirochètes comme dans l'examen du 6 juin.

Ces examens répétés, à résultat positif, nous font songer de plus en plus à la nature syphilitique des lésions linguales. La malade nous en donne la certitude en reconnaissant que son mari a été infecté il y a deux ans, et qu'elle-même souffre d'ulcérations dans la bouche depuis six mois.

OBS. VI. — M. O., 27 ans, marié. Infection en septembre 1904. Début d'un traitement alternativement mercuriel et ioduré, par un confrère du canton, dès la constatation de l'accident initial. Pendant le traitement apparition d'une *syphilide maculo-papuleuse* et de *plaques muqueuses* dans la bouche. Nous voyons le malade pour la première fois le 20 mai 1905.

Status : Grandes *plaques muqueuses* sur la face interne des lèvres, *Syphilide palmaire* en nappe.

Le 20 mai, première piqûre d'huile de mercuriol ; le 6 juin amélioration des lésions palmaires ; les plaques muqueuses sont stationnaires. Râclage des plaques muqueuses de la lèvre inférieure. L'examen à l'état frais du matériel ne permet pas de déceler la présence de spirochètes. L'examen des préparations colorées à l'azur de Michaelis est également négatif.

OBS. VII. — Mlle W., 21 ans. *Syphilis insontium*. Infection probable à la fin de février 1905.

Status au 5 juin 1905. *Syphilide maculeuse* en voie de disparition. *Plaques muqueuses* disséminées dans la bouche. *Syphilide crustacée* du cuir chevelu.

Le 8 juin, début d'une première cure de piqûres de sublimé, à doses très faibles et espacées, conditions dictées par les circonstances.

Le 14 juin, râclage d'une plaque muqueuse rétro-molaire. L'examen à l'état frais, dans la solution physiologique permet de déceler cinq ou six spirochètes, excessivement long et ténus, animés de mouvements spiroïdes rapides. L'examen microscopique des préparations colorées à l'azur de Michaelis, confirme l'observation du matériel frais, démontrant la présence de plusieurs spirochètes parfois disposés en série par deux et présentant le même caractère que ceux de l'obs. I.

On prélève également du matériel d'une des lésions du cuir chevelu, après avoir enlevé avec soin la croûte adhérente qui la surmonte. L'examen microscopique des préparations colorées à l'azur de Michaelis, ne permet pas d'y déceler la présence de spirochètes ; ceux-ci peuvent avoir échappé, vu les nombreuses fibres élastiques qui encombrant la préparation.

OBS. VIII. — M. G., 50 ans. Infecté il y a quinze ans. Très irrégulièrement et incomplètement traité. Vu pour la première fois le 21 juin 1905.

Status : *Syphilide gommeuse ulcéreuse* du dos. Râclage en divers endroits de la lésion. L'examen microscopique du matériel à l'état frais dans la solution physiologique, et des préparations colorées à l'azur de Michaelis, est négatif.

OBS. IX. — M. B., 33 ans. Infecté il y a dix ans. Très irrégulièrement et incomplètement traité. Souffre depuis six mois, de petites ulcérations dans la bouche. Vu pour la première fois le 22 juin 1905.

Status : *Plaques muqueuses de la langue*. Râclage. L'examen microscopique du matériel coloré à l'azur de Michaelis, révèle la présence de

spirochètes beaucoup moins ténus, moins effilées, qui sont vraisemblablement Hoffmann, sous le nom de *Sp. re-*

en octobre 1904. En décembre Syphilitique souffert, plus ou moins, de plaques ; commencer un traitement chez un

ses sur l'amygdale gauche. A la même L'examen microscopique du matériel est négatif. L'examen des préparations révèle la présence de spirochètes ana-

nous avons fait un examen de cre dur, extirpés chez le même zique de Lausanne, mais sans y en du liquide céphalo-rachidien oduit de raclage d'une gomme ont été également négatif. Il en examens du raclage des aphtes , atteinte de stomatite aphteuse, in but de contrôle.

s de ces quelques observations,

d'un syphilitique et dans les philitiques sur six, nous avons ètes de 4 à 10 μ . présentant les baudinn, dans un cas même en ns pu colorer le *Sp. pallida* par e Michælis, laissant agir le colo- ulheureusement les préparations ume du Canada se décolorent

éccler de *Sp. pallida*, dans une tique (obs. VI), ni dans les pancr dur. Ce fait ne parle pas *Sp. pallida*, car même Schaudinn, ès peu, et, vu les difficultés des r'est pas étonnant qu'il puisse e quantité. On ne peut pas tou-

jours obtenir non plus la quantité nécessaire de matériel pour l'examen, car le siège des lésions et les ménagements que l'on doit avoir pour les malades, rendent souvent la prise du matériel très difficile.

Ceci dit, nous gardant bien de nous prononcer sur la nature spécifique ou non du *Sp. pallida*, nous avons tenu surtout à confirmer l'intéressante observation de Schaudinn, sur la présence de ce microorganisme dans les lésions syphilitiques.

Les maladies de Calvin d'après le professeur Doumergue

par le Dr LÉON GAUTIER.

Il n'y a pas bien longtemps qu'une école historique aimait à chercher les causes des événements les plus importants dans les épisodes pathologiques de la vie des grands personnages. On se rappelle l'exemple de Michelet qui divisait le règne de Louis XIV en deux périodes : la phase de grandeur et de gloire avant la fistule, la phase des revers et des fautes après la fistule. D'autres se sont demandé si le violent coryza qui tint Napoléon dans l'inertie de la fièvre pendant la bataille de la Moskova n'a pas changé le sort de l'Europe. Sans être déterministe, on peut s'étonner de voir déduire de causes si minimes de si grands effets, et les historiens d'aujourd'hui ont un sourire dédaigneux pour ces explications qu'ils estiment puériles.

La tendance de notre jeune siècle est donc de réduire à peu de chose le rôle de la pathologie dans la grande histoire. Il n'en est plus de même quand il s'agit d'une vie d'homme, quand il s'agit surtout d'une personnalité aussi fortement individualisée que celle de Calvin. Ici, la pathologie reprend ses droits et le biographe a le devoir de se demander quelle action le tempérament et les maladies de son héros ont pu avoir sur son caractère et sur son œuvre. C'est ce qu'a fait le professeur Doumergue, qui, on le sait, consacre depuis plusieurs années son temps et ses peines à publier une magistrale histoire du grand réformateur des pays de langue française.

Désirant avoir mon avis sur certains détails, M. Doumergue m'a mis sous les yeux les épreuves du chapitre qu'il a écrit sur les maladies de Calvin, chapitre qui doit paraître dans son pro-

inde, il m'a généreusement autorisé
 le médical d'aujourd'hui cette obser-
 vis siècles et demi et à la faire con-

Tous les faits que je vais exposer
 numergue qui les a laborieusement
 doit aller la reconnaissance de ceux
 t. Ma part de collaboration se borne
 réductions et les conclusions qu'ils
 un médecin.

pathologique de Calvin proviennent
 e celles de ses amis et de la triple
 tre peu après sa mort ses disciples
 1. Les détails les plus circonstanciés
 lui-même dans une curieuse lettre
 ant sa mort aux médecins de Mont-
 r leur avis sur le traitement qu'il

icun renseignement sur la santé des
 ir celle de ses frères et sœurs. Cette
 regrettable que, comme on va le voir,
 giques de notre héros étaient de
 ar hérédité plus régulièrement que

tent du réformateur, du moins ceux
 vie, fournissent déjà quelques pré-
 ent être sa constitution et ses affi-
 plant ce visage amaigri, éclairé de
 ront dégarni de bonne heure, cette
 de l'âme lutte avec la débilité du
 rateur peut se dire : Calvin devait
 ui digérait mal. Les preuves écrites
 e première impression visuelle. On
 ne presque tous les épisodes patho-
 Calvin dès sa jeunesse et qui ont
 sa vie un martyr sans trêve.
 nateur entretint les prédispositions
 par des habitudes aussi peu hygié-
 nt ses études, à Paris et à Orléans,
 acharné, se levant aux chandelles,
 ivres, mangeant à la hâte et à des

heures irrégulières, prenant fort peu d'air pur. Il ne faut pas s'étonner de cette époque à souffrir de dyspepsie et c

Nous sommes très peu renseignés de la jeunesse de Calvin. Bèze phrase suivante : « Par ces veilles faiblesse d'estomac (*ventriculi* et diverses maladies et enfin sa mort prouver que, outre des troubles dyspeptiques souffrait, comme beaucoup d'arthralgies périodiques alternant avec les migraines superposant à elles.

La migraine fut le grand tourment réformateur aussi longtemps que sa vie n'était pas à peu près normale. Les accès étaient fréquents, et duraient parfois plusieurs jours. Les lettres de Calvin y font de fréquents exemples, le 4 octobre 1546 : « Me trouvant rudement qu'à grand'peine j'ouvrais les yeux ».

Le 29 avril 1548, il écrit aux pasteurs de Berne : « Hier, quand Merlin est venu me voir, je souffrais de douleurs à la tête. J'ai lutté, enfin le mal avait été le plus fort ».

Le 18 novembre 1549, il donne des exemples les termes suivants : « Je ne suis que la migraine m'a atrocement tourmenté. Je suis resté tout le dimanche sans pouvoir dormir. Après cinq heures du soir, j'ai couru à la messe. Deux ans, je n'avais pas eu une migraine ».

La migraine revient encore souvent, mais il n'en est presque plus question dans la place aux autres manifestations de sa maladie. Il en est dérent depuis lors sans relâche sa migraine est devenue si habituelle et si banale qu'elle n'a plus de deux alternatives ont pu se réaliser. N'a pas la migraine qui n'est pas la migraine qui n'est pas la migraine. Calvin était dès lors trop malade pour que cette manifestation torturante, mais bénigne de la goutte.

Après les migraines, les plus anciennes

les bronchiques pénibles et
à Lausanne en octobre 1536,

. Ces rhumes qui ne veulent
et leur expectoration difficile
ture de la diathèse.

ides, cette maladie des gens
re de prendre l'exercice qui

Calvin en fut, depuis cette

A plusieurs reprises, elles
epos absolu. Même entre les
on très pénible.

de ce mal paraît s'être com-
n raconte dans sa lettre aux
région était alors devenue le
ables que dans son sommeil,
ter jusqu'au sang et qu'il en
s et rebelles. M. Doumergue
c'est ce mal réel qui a été le
attribuant la mort de Calvin
ides infâmes.

., datée de septembre 1555,
int d'un douleur au côté et
une pleurésie. Cette douleur
; 1558. Calvin lui-même écrit
té qui pendant tout un mois
aut probablement voir là les
pulmonaires graves des der-

pisodes intercurrents. Calvin
ttente. On sait la rareté de
aujourd'hui; elle semble avoir
la Genève du temps passé.
es terres pour renforcer les
des fossés était un domicile
ique qui sert à la transmis-
eenne.

e tierce et le réformateur en
c'est la fièvre quarte, et cette
cès se reproduisent pendant
lans un état de faiblesse et
se complique d'un gonfle-

ment douloureux de la jambe droite qu'on a pu dire qu'il avait eu une phlébite.

« Enfin », dit son biographe, « Dieu vint à la fin de l'année 1559, au mois de mai, à la suite d'une débilité que jamais depuis il n'a perdue sa santé. Toujours depuis il souffrit la jambe d'intervalles lui faisait douleurs : mais « pourtant en la maison, sinon parfois « estoyent grandes et par trop pressantes : « faire ses sermons et en l'auditoire faire « fois marchant seul, quelques fois estant « quelqu'un : ou, quand il ne pouvoit aller, « porter en une petite chaire, ou montant ».

Cette longue crise avait terrassé ce qui pouvait avoir encore de force de résistance et le rendait une proie facile pour les ennemis multiples qui cherchaient à le mettre au tombeau.

Le 24 décembre 1559, Calvin força sa jambe à Saint-Pierre; le lendemain, au moment de se lever, il cracha le sang abondamment. L'hémoptisie dura huit heures et dès qu'elle eût cessé, le grand travail, sans vouloir écouter aucun conseil, l'accident se reproduisit deux ou trois fois et devint dès lors habituelle et s'accompagna d'une toux progressive. Au printemps de 1560, l'opinion se forma que Calvin était phtisique. Blaurer lui écrivit lui a dit qu'il était tout-à-fait poitrinaire (*phtisicum esse*).

Il semble que la coupe était pleine, et pour tenir le repos, Calvin devait connaître encore la goutte et ceux de la gravelle.

Il écrit le 7 octobre 1561 à Bèze : « Me manque de délices. Je n'ai pas toujours car pendant deux jours j'ai souffert les douleurs (*acerrimos cruciatus*) dans le pied droit. avant hier, mais pas au point de ne plus pouvoir marcher ». Et, deux jours plus tard, dans une lettre à Bèze : « S'il a paru bon à Dieu d'ajouter la goutte, il faudra supporter avec patience sa punition (*castigatio*) paternelle ».

Un nouvel accès survint en décembre 1

ié par les pieds. Les douleurs aiguës
peine que dans la chambre je vais en
t jusqu'à la table. Aujourd'hui j'ai
it porter au temple ».

onse se produisit l'automne suivant.
re 1563 : « Calvin momentanément
uis un mois contre la goutte, et sou
ue je ne le vois jamais (et je le vois
esoin d'être consolé ».

ux de la gravelle avaient en effet
cédent. Bèze raconte à un ami le
tourmenté depuis plusieurs semaines

Le 2 juillet, le malade lui-même
pulsion du corps étranger : « Je suis
leur depuis que j'ai rendu un calcul
ne noisette. Comme la rétention d'u-
ise, d'après le conseil des médecins,
que le mouvement m'aidât à rejeter
ison, au lieu d'urine, c'est du sang
Le lendemain le calcul s'élance de la
urments deviennent plus cruels. Pen-
re, par des secouements (*concussa-*
ie suis efforcé de me délivrer. Je n'ai
x de l'eau chaude. L'intérieur du
flot de sang s'est échappé ».

ois suivant une foule de petits suc-
rière (*lapidicina*), suivant le mot du
sa mort, sa vessie contenait encore
se.

ois de 1563, l'état général s'altéra
ient et la faiblesse devinrent extrê-
ous les soirs; la respiration était
ncessante. C'est alors (février 1564)
édecins de Montpellier la lettre dont
étails.

eur donne encore à Bullinger un

« Quoique la douleur au côté soit
ellement accablé de flegmes (*flegma-*
tion est difficile et courte. Un calcul
uize jours et me gêne énormément...
quitation; mais l'ulcère aux veines.

hémorroïdes me tourmente cruellement même quand je suis couché ; combien mouvement du cheval ! La goutte m'a ! Tu ne seras pas étonné que tant de d'nergie. C'est à grand peine qu'on m'nourriture. Le vin m'est amer ».

Moins de deux mois après, Calvin souffle. On lit, en effet, dans le registre 27 mai 1564, la phrase suivante : « Environ huit heures du soir ledit est allé à Dieu, sain et entier graces à l'ement ».

Voici comment son biographe rend labours : « En ses dernières maladies, goutte, les hémorroïdes, une fièvre pleine, outre son mal ordinaire de la même de bout en bout ce gros volume les quatre derniers livres de Moyse, le premier, fait ce livre sur Josué, et de la traduction et des annotations du sorte qu'il n'a jamais cessé de dicter à mort, la voix mesme luy défaillant ».

Il est difficile, à trois siècles et de laquelle fut la cause immédiate de la mort qu'il ait succombé aux progrès de la pleurésie dès 1556 et clairement manifestée par est possible aussi que la lithiase rénale, pyélo-néphrite et qu'on doive attribuer des voies urinaires la fièvre hectique qu'il eut.

La démonstration du fait que Calvin surabondamment établie par ce qui vient migraines, bronchites tenaces, hémoptie, gravelle, nous venons de parcourir toutes les manifestations progressives de la diathèse.

La phtisie dont fut atteint le réformateur autant qu'on en peut juger par les renseignements nous restent, avoir été influencée par elle germait. Les catarrhes bronchiques dynamiques prémonitoires, le début par une évolution lente du mal avec des phases de mal

par des poussées congestives, la dyspnée intense de la période ultime, ce sont bien les signes habituels de la phtisie sclérosante des arthritiques.

Il est inutile d'insister sur le mal que Calvin se fit à lui-même par un genre de vie aussi fâcheux que possible pour le tempérament dont il avait hérité. Des soucis moraux sans cesse renaissants, un labeur cérébral acharné, des veilles excessives, une existence sédentaire, ce sont là précisément les contraires du mode de vivre qu'on lui prescrirait aujourd'hui.

De son arrivée à Genève à sa mort, le réformateur eût deux médecins en titre. Le premier en date fut *Benôit Textor*, originaire de Pont-de-Vaux en Bresse, d'abord établi à Mâcon, fixé à Genève en 1543 et qui mourut vers 1556. Il a laissé quelques ouvrages médicaux, entre autres un petit livre sur la peste et un traité du cancer. Textor était un partisan foncé des doctrines calvinistes ; il aurait même, selon Galiffe, servi d'espion au réformateur dans l'affaire du ministre de Jussy, H. de la Mar. Calvin lui dédia, par une lettre très affectueuse, son *Commentaire sur la seconde épître aux Thessaloniens*. Il rappelle dans cette lettre les soins que Textor prend de sa santé et le dévouement qu'il a montré pendant la dernière maladie de sa femme.

Ce fut *Philibert Sarasin* qui soigna Calvin pendant les huit dernières années de sa vie. Ce médecin, né à Charlieu en Charolais, avait pratiqué à Lyon avant de planter sa tente à Genève où il fut reçu habitant le 24 août 1551. Il eut bientôt une importante clientèle à Genève et au dehors. Il fut appelé en 1553 à Neuchâtel, auprès de Farel gravement malade.

Il ne nous reste aucune notion sur les remèdes et autres moyens employés par Textor et par Sarasin pour lutter contre les maladies de Calvin. Nous savons seulement que celui-ci suivait très docilement les prescriptions de ses médecins, et se conformait aux conseils de thérapeutique populaire qu'il recevait de plusieurs de ses correspondants.

Maintenant que, grâce à M. Doumergue, nous avons pu reconstituer la longue et lourde chaîne des maux de Calvin, est-il possible d'établir quelle a pu être leur influence sur son œuvre ?

Ces souffrances de tout genre ont pesé sur son humeur, assombri ses doc jugements. Il ne faudrait pourtant pas l'état maladif de Calvin a pu avoir de répression que la lointaine postérité telle que nous la comprenons de son siècle. Les seules voix qui s'élevaient en sa faveur étaient celles des persécutés et des recourus. On peut se demander ce qui aurait pu être renversées et si Calvin avaient pu devenir ses juges. Si cette hypothèse s'était réalisée, Calvin aurait aussi durement qu'il a été traité par

Les manifestations successives de la maladie ont fait de la vie de Calvin une vie qui n'avait pas été douée de ce tempérament qu'il a été. C'est une idée chère à moi. On n'y a guère que les neuro-arthritiques qui laissent une trace de leur passage dans ce monde. Celui des hommes à intelligence vive et à énergie ne se laisse pas rebuter par les souffrances. Calvin a déployé ces qualités avec plus de succès que le réformateur de Genève. Ce malade a écrit tous les jours ; il a écrit de la bibliothèque, sans parler de ses lettres au collège et l'académie de Genève. Il inspirait le Conseil de Genève et le peuple français. Il luttait de la plume et de la parole, avec les luthériens, avec tous les autres. Il a revu la dernière édition de son *Commentaire sur le Pentateuque* au moment où il était en pleine défaillance de moribond le lui a permis

Calvin a durement pâti d'être arthritique. Il n'a pas été arthritique, peut-être n'aurait-il pas été. Le fils du procureur de Noyon était né avec son nom n'aurait probablement rien

DE FAITS

ont avec mécanisme rare et normale.

ale de Genève. Prof. Jentzer

BAU.

ité de Genève.

ontanément dans les présen-

En général ils évoluent, soit
tion s'accroissant, soit en pré-
tête se fléchit. Il faut, pour
sse se maintenir telle quelle
bassin large ou une tête très
M^{me} Lachapelle.

amètres de la tête de l'enfant
moyenne, le bassin de la mère
nsions.

à un mécanisme anormal que
ins sa longue pratique n'avait
ous a engagé à publier ce cas.

nise à la Maternité le 13 février
peu infantile, bassin générale-
p. I 22,2 cm., Cr. I 27,2 cm.,
. d. 11,4 cm., T. I 9,5 cm.
ent pas un développement

eur entre l'ombilic et l'appen-
é à droite. Il existe au-dessous
he une voussure de la matrice

gauche, en avant, une partie
dos. A droite sont les petites
détroit supérieur. On entend
vant comme dans la première
que ce diagnostic était faux.
ude anormale du fœtus.

2 cm, conique, est complète-
est fermé.

4. Etat général bon pendant

r 1905 vers 7 h. du matin.
45 du matin. A l'examen, on
ètement effacée en avant; en

arrière il existe encore un léger bourrelet. L'orifice externe est dilaté comme une pièce de 1 fr. La poche des eaux n'existe plus. La tête affleure l'orifice externe, elle est très légèrement engagée, mais on peut la repousser facilement. La grande fontanelle est au milieu du bassin, la suture sagittale dans le diamètre oblique droit. Il existe déjà une bosse sanguine.

A 9 h. 45, la dilatation est comme une pièce de 5 frs. La tête est fixée. A droite on arrive sur la moitié antérieure de la grande fontanelle; à gauche sur le front, la base du nez et les arcades sourcillères. La suture frontale est dirigée transversalement.

Au palper abdominal, on trouve à gauche en avant une partie fœtale qui ne peut être que la poitrine, mais elle n'est accompagnée d'aucune petite partie. Les extrémités sont à droite.

A 10 h. 15, la dilatation est comme la paume de la main. La grande fontanelle, perçue avec peine, est à droite en arrière. On sent facilement à la palpation les yeux et le nez à gauche en avant. La suture frontale est dans l'oblique gauche. La tête est dans l'excavation.

A 11 h. 25 la tête commence à déprimer le périnée. On trouve toujours difficilement la grande fontanelle à droite, très en arrière et haute. A gauche en avant, on arrive, sous le pubis, dans la bouche du fœtus largement ouverte.

A 11 h. 30, le front, recouvert d'une bosse sanguine volumineuse, franchit l'anneau vulvaire. Il s'arrête ainsi pendant une à deux douleurs, puis les yeux, le nez et le maxillaire supérieur se dégagent en glissant sous le pubis, un peu à gauche de la symphyse.

La sortie de la face s'arrête en ce moment. Le maxillaire inférieur s'arc-boute sous la branche gauche du pubis; la tête se fléchit. L'occiput sort en entier, puis le maxillaire inférieur

Fig. 1

se dégage par une légère déflexion de la tête. Les épaules sortent sans aucune difficulté, puis le tronc avec les bras fléchis derrière le dos.

Délivrance normale.

formé est petit. Long. de 46 cm., il fortement déformée. Vue de profil dont la base correspond à la face, ce est aplatie, la bouche ouverte au inférieur appliqué contre la partie it, très-proéminent, est recouvert de la glabelle à la suture coronale. le la tête est fortement aplatie. Les

Fig. 2

uchent sur les pariétaux, le pariétal itanelles et les sutures sont larges. enfant : bitemporal 7,8 cm., biparié- ar 11,6 cm., occipito-frontal 13 cm., sous-occipito-bregmatique 9 cm. ouverte et ne fait aucun effort de la langue avec le doigt. Dès sa nais- lui-même, il se met en forte exten- sur le dos, les pieds ramenés en a gardé la tendance à prendre cette a sortie de la Maternité, mais il ne fut revu trois semaines plus tard; epris une forme tout à fait normale.

éressant à plusieurs points de vue. y est très anormale pour un cas de i. En effet dans ce cas nous nous nent de la tête en très forte flexion. peut expliquer par la présence d'un tant normale, est probablement le ile du fœtus.

Le mécanisme de dégagement de ce cas, est passé sous silence parce qu'ils ne l'aient pas observé, soit d'attention. Auvar d en parle le mécanisme possible. Ribemont Fochier où le point fixe de la flex buccal, l'enfant semblait « mort ».

La rapidité relative de cet remarquable si l'on tient compte défavorable de la tête et des c Elle nous montre une fois de p contractions énergiques et de la fœtale au bassin de la mère.

De l'emploi de la prèle cor rebelles chez les ad

Par le Dr Jacques

J'ai remarqué depuis douze forte de prèles dans les cas d'ap nue rapidement, la guérison l'essai inutile des topiques recor

Une vieille femme se roulait lèvre inférieure rongée comme à fond gris la faisait souffrir de n'amenait aucun soulagement. rieure dans une tasse d'infusion ce traitement continué pendant rison.

Dernièrement, une femme de tes qui avaient gagné toute la sur le voile du palais. J'essai habituellement. La cocaïne pe tanée et moins douloureuse de c maigrissait malgré des lavemen cette fois sous forme de dialysé pons de ouate causait une sens suivie de diminution rapide de l tition de la salive redevint po malade avalait des liquides. La avec un demi flacon. La mala même, devant son miroir, à vo

MÉDECINE

1905, à l'Asile de Cery.

R., président.

s de catatonie aux derniers
ur, la démence. A ce propos
ence secondaire et comment
puis qu'on peut la diagnosti-
sont des démences primaires.
ahaim insiste sur les ressem-
l'hystérie : anesthésie, cata-
rminer il énumère les diffé-
et ressortir que dans la cata-
serie des réactions affectives
que la catatonie présente des
: stéréotypie, négativisme,
ment le mutisme catatonique
rien dire ou n'a rien à dire,
d'une personne qui désire
communiquer avec les autres

de l'Asile.

Secrétaire : Dr LASSUREN.

GENÈVE

05

président.

mie de rubéole qui vient de

et pas encore éteinte, il en a
ai concerne la « quatrième
bservés, qu'elle n'est qu'une

M. BOURDILLON a eu l'occasion de voir revêtu le type morbilliforme. Dans une fa a été atteint, sans contagionner les autres frères contracte la rougeole et la transmet qui avait eu la rubéole. Il semble donc : doivent pas être confondues. M. Bourdill rougeole présentant au niveau du cou de trois semaines après l'éruption. Il rappelle constatée en 1901 à l'Enfantine (8 cas); quatre enfants et plus grave pour trois a une éruption morbilliforme et une éruption enfant eut une éruption rappelant l'urtica

M. E. MARTIN a été frappé de la variété deux malades observés par lui, l'éruption d'autres elle simulait un herpès circiné, et nettement boutonneuse.

M. GILBERT a eu l'occasion d'observer 21 familles. Le premier cas remonte au d'avril. Sur ce nombre 38 ont présenté leuse, trois seulement une éruption à type de rubéole morbillieuse, trois seulement l'ensemble de ces malades, 27 avaient déjà

La période d'incubation a varié de 12 à toujours été le premier symptôme apparent et s'est accompagnée de phénomènes généraux enfants se levaient comme d'habitude et fin le visage plus au moins couvert de petits boutons ou à peu près. L'appétit est resté normal pas même gardé le lit. Les phénomènes catarrhaux (ment) ont été nuls ou peu intenses et ont ne l'ont précédée. L'éruption a eu une durée de 3 jours et a été généralement suivie d'une guérison. M. Gilbert a cependant observé deux enfants qui a persisté trois semaines environ.

L'éruption a été fréquemment accompagnée de complications. Dans trois cas celui-ci a même été assez violent pour nécessiter des calmants. Les adénopathies ganglionnaires ont persisté parfois après la guérison plus ou moins long. M. Gilbert a observé que la durée a été de cinq semaines avec légère fièvre vespérale, même dans ce cas particulier sans suppuration.

Comme autres complications, M. Gill a observé un catarrhe nasale survenant alors que les enfants

le localisée et légère au niveau des

ment contagieuse et a atteint presque la même famille ou d'un même milieu. Iliforme, M. Gilbert en a observé trois non seulement par la nature de l'éruption de la maladie. Dans ces trois cas les ne; chez tous les trois la maladie a dans la rubéole morbillieuse, mais par mie et légère tuméfaction et rougeur te coloration du voile du palais qui a d'une éruption. L'élévation de la température, mais appréciable dans les trois et général ne reste pas aussi indemne fants sont un peu abattus, somnolents, ontiers le lit. L'éruption franchement six jours et a été suivie d'une desquamait en rien à la desquamation lamellenn'a pas constaté d'adénopathies dans ne a pris l'aspect framboisé de la scar-

c'est qu'un de ces enfants avait eu une leuse. Ce fait semble bien venir appuyer et de Filatow en Russie, qui décrit la quatrième maladie (*fourth disease*), latineuse, une maladie qu'ils ont voulu se et dont ils ont voulu faire un entilé

a maladie de près, puisque ses cinq d'entre eux avaient eu autrefois la tement atteints que les cadets, un seul ésenté des ganglions précédant l'éruption le quatre jours. Fait remarquable, les pétit notablement augmenté pendant

x cas la rubéole chez des enfants qui temps après. Pour lui l'adénopathie e la maladie même rétrospectivement. a passé inaperçue, et l'on ne constatait entés de volume. M. Vallette demande ité par rapport à celle de rougeole, et tion dans la quatrième maladie. rs cas où le diagnostic était difficile, la même famille. Il a eu l'occasion de

traiter quatre adultes dont une dame et
blait-il de toute contagion ¹.

M. JEANNERET demande si l'on a obse

M. BARD demande ce que devient la
ces formes si différentes et parfois si
demande en outre si l'épidémie de rub
rougeole ou de celles de scarlatine, not
cubation.

M. ANDRÉAS insiste sur un symptôme a constaté chez plusieurs malades. Il cite sentait à la fois une éruption morbilliforme scarlatiniforme sur le tronc, Il a remarqué qui avait été bien isolé, n'a pas commun

M. Eug. Revillon fait observer qu'à
a eu très peu de cas de rubéole. Il en a
été frappées davantage que les autres, ou
ou moins inaperçue dans la classe ou
moins facilement.

M. BOURDILLON appuie cette manière de voir des médecins dont la clientèle se recrute parmi les pauvres, il n'a observé qu'un très petit nombre

M. Du Bois a vu à l'Hôpital une fille seize jour pour une autre maladie, ce cas isolé dans la salle où elle était.

M. MALLET est d'avis que la rubéole ment une scarlatine atténuée.

M. MARTIN rappelle qu'il y a sept ou une épidémie de roseole de Trousseau stèvre, qui n'avait rien d'analogue avec

M. PATRY a observé dans sa maison quelque temps plus tard, a contracté la v

M. GAUTIER est frappé de la régularité
été toujours de 14 jours. Dans certains
rubéole sans éruption, ne présentant qu
est d'avis qu'on doit admettre cinq mal
du type en question. Certains cas comm
forme qui se transforme ensuite en érup
croit que ces types constituent des mala

M. H. AUDEOUD répond aux différents

L'adénopathie a été en effet parfois d
le seul symptôme sensible au malade.

M. E. Revilliod a traité, après la séa-
7 ans qui a la suite de la rubéole a été a-
due et qui a revêtu une forme assez série-
mois. L'observation sera publiée.

inférieure à celle de la rougeole;
pu rester ensemble constamment
maladie.

dans certaines épidémies d'Alle-

d'un enfant qui était atteint de
is après d'une éruption scarlatini-
e *forth disease*. En effet l'éruption
première poussée, mais la récursive
autre forme, doit faire naître dans
é de la rubéole.

in de novembre ou du commence-
elle de rubéole qui a débuté au

se est très variable, furfuracée ou
ec l'intensité de l'éruption. Elle
pas pathognomonique. Du reste
an sérum, peuvent être suivies de
ptôme ne peut servir seul à établir
le l'ensemble du tableau.

as la convalescence de la rubéole,
r par la coexistence de l'épidémie
ins cette maladie que deux à trois
ic.

norbilliforme très prononcé et se
eole que de la scarlatine par ses
s.

en voie de nécrose (six ans après

crétaires : Dr Charles JULLIARD.

905, au Casino.

UTIKR, président.

ureau sanitaire fédéral invitant les
la tuberculose qui se tiendra à
lettre de la Commission médicale
le fasse des démarches auprès des
loi sur l'assurance militaire. Le
association des médecins de Genève
isée à nos députés aux Chambres
M. Deucher, président du Dépar-

tement de l'Industrie et du Commerce par rapport à l'opinion des médecins au sujet de la maladie.

M. THOMAS fait une communication sur l'*auto-intoxication intestinale* envisagée chez l'adulte.

Rappelant les travaux antérieurs sur ce sujet, il expose un mémoire du Dr Combe. Le critère principal est la proportion des substances aromatiques dans les urines, qui est démonstrative. On peut se représenter la séméiologie de l'auto-intoxication comme un ensemble de symptômes appartenant aux systèmes digestif, circulatoire et cutané.

Il est nécessaire de tenir compte plus que jamais de l'influence considérable exercée par les digestifs: le système nerveux y tient une grande place dans la constitution héréditaire que par les modifications hygiéniques. Il y a lieu de joindre à cela que l'insuffisance est fréquente en pareil cas.

En ce qui concerne la thérapeutique, aucune méthode systématique n'est applicable. Les avantages incontestables, mais son insuccès dans les cas où les besoins nécessaires à la croissance est trop pas aussi mauvais qu'on l'a prétendu, et qu'il ne faut pas méconnaître.

M. MAILLART croit qu'on attache trop d'importance à la mécanique. Les actions mécaniques ont plus d'importance que la gastrique. On peut faire prendre ce qu'on veut, qu'on les mette au repos complet. Le régime genevois est excellent, parce qu'il comprend une proportion de viande fraîche beaucoup plus élevée que les autres.

M. GAUTIER ordonne pendant quelque temps deux solides (ces derniers sans boisson), bons résultats chez des dyspeptiques. Il s'agit de loin avec le régime des purées et qu'en fait de croissance le régime privé d'azote.

M. GRASSLY (de Soleure) expose ses idées sur la *thérapeutique orthopédique*. Pour lui, le médecin doit s'émanciper du bandagiste, selon le mot de M. Blandin. Il doit s'assimiler et devenir expert dans l'usage du plâtre, le silicate, le celluloid, etc., mais il faut qu'il se soit rendu un compte exact de la valeur de ces matériaux, en particulier de celles que lui fournissent les ressorts d'horlogerie, les ressorts de

présentent une si grande variété au point de vue de la localité. Le médecin orthopédiste possédant une spécialité, pourra fixer son choix sur celui qui pourra diriger l'exécution avec compétence plus ou moins judicieuse entre tel ou tel

pour les paralysies flasques ou avec raideur, les arthrites goutteuses et rhumatismales, les lésions chirurgicales, les fractures et luxations, les traumatismes qui retiennent un grand intérêt médical bien conduit.

Ensemble d'appareils ingénieux, dans lesquels le cuir et le celluloïd sont combinés d'une manière originale et ont été construits par lui ou sur ses conseils variées, il arrive à obtenir des résultats plus souvent abandonnés par suite de l'usage des appareils ordinaires. Ces appareils évitent une immobilisation nuisible, ils permettent l'exercice des muscles, maintiennent presque complètement à l'exercice des articulations, évitent l'action des antagonistes insuffisants. On a un appareil automatique qui facilite beaucoup la rééducation.

Le brancard de montagne de la Société de la Croix-Rouge, avec ses photographies représentant des membres de la Société sur ce brancard le long des parois qui paraissent s'effectuer d'une façon très aisée pour les porteurs.

Le venin, modèle de la Croix-Rouge. Cette préparation est facilement stérilisable et un tube de verre. Quelques exemplaires déposés ont déjà rendu service et ont donné de bons résultats. Ont été faites à temps.

Le Secrétaire : Dr F. GUYOT.



IOGRAPHIE

de la sage-femme et de la garde, suivi de l'histoire du cancer de l'utérus, avec un agenda pour les observations. Un vol. in-8°, Genève 1905,

travaux et d'un prix très modique, résume en 14 pages de texte toutes les connaissances

ques nécessaires aux sages-femmes. L'auteur a fait suivre cet aide-mémoire du cancer de l'utérus, de tumeurs trop souvent négligées, qu'il considère comme tumeur maligne de la matrice. (1)

et sages-femmes, qui souvent par leur logique dont l'apparente bénignité trompe le médecin, permettraient à bien des sages-femmes de passer au chirurgien.

Le texte est précédé d'un agenda complet de la sage-femme présumée de l'accouchement, et de 60 formulaires d'observation. L'auteur aurait à souhaiter que ce livre soit lu par toutes les sages-femmes. En remplissant consciencieusement ces formulaires, elles se trouveraient amenées à des observations et réflexions auxquelles elles assistent tous les jours. Ces observations seraient utiles à leur propre instruction.

CLAPARÈDE. — Esquisse d'une théorie du sommeil. in-8° de 106 pages. Genève : Librairie de la Suisse romande, 1904. — Le Dr Claparède a fait paraître un livre intitulé : Esquisse d'une théorie du sommeil. Il a donné un résumé à la Société de psychologie. L'auteur réfute les différentes théories du sommeil et s'attache à considérer le sommeil comme un instinct, une fonction qui se manifeste subjectivement par des sensations et extérieurement par des mouvements. Il est extrêmement intéressant de lire le Dr Claparède dans cette étude. Son livre ne s'échappera à personne.

VARIÉ

CHRONOLOGIE. — Le Dr SUCHARD. — L'auteur a fait paraître le décès du Dr A. F. Suchard, survenu à Lausanne le 13 juillet 1904. L'auteur qui avait nécessité une opération, le Dr Suchard-Frédéric Suchard était né à Lausanne. La grande partie de ses études médicales a été faite à Lausanne.

Voir cette *Revue*, 1904, p. 730.

e 1868, et où il fut lauréat de la
e médaille d'or à la suite du con-
ent de la guerre franco-allemande,
a campagne de Metz, de la Loire et
a nationalité française quand l'Al-
avant par ce fait retourner dans sa
usanne, sur le conseil de son oncle
diplôme de docteur à Paris à la suite
se sur un sujet d'obstétrique, bran-
ence pendant ses années d'internat ;
té qu'il consacra sa principale acti-
arrivée en Suisse, en 1873, la place
va vacante par suite de la retraite
appelé à le remplacer.

nées, notre regretté confrère résida
r par son zèle et son dévouement
sente cette station, et par les soins
hôpital qui y est attaché. Suchard
à développer de toutes façons les
y institua en particulier le traite-
ma de nombreux succès ; on peut
putation de l'établissement qui lui
er des malades qu'il avait à y trai-
eux les plus affectueuses relations.
Lausanne, tantôt et surtout à Paris
près Genève, où il a résidé pen-
a depuis que sa santé l'avait obligé,
s fonctions de médecin d'eaux. Il
tivité et il donnait encore au com-
ours sur la cuisine considérée au-
ment apprécié de ses auditeurs.

arquable intelligence, il était doué
s'associait aux plus sérieuses qua-
r de causer avec lui ou d'entendre
a *Société vaudoise de médecine* dont
nnées, qu'aux réunions annuelles
nde et à la *Société médicale de Ge-*
ous rappelons en particulier d'une
ernière société en 1902 sur les mo-
thérapeutiques des Eaux de Lavey,
difications avaient surtout dépendu
titudes des médecins qui s'étaient
de Suchard laissera un deuil non
ais aussi dans celui de tous ceux,
port avec lui.

Voici la liste de ses principales

De l'expression utérine appliquée
Notice sur les Bains de Lavey, broc
eaux thermales de Lavey et leur va
1881. — Quelques essais sur les bai
Contagion de la vulvo-vaginite des
les baigneuses d'une piscine de l'î
de l'enfance, 1888, p. 265. — Scrof
Suisse rom., 1890, p. 669. — Nouv
Ibid., 1891, p. 699 (reproduit en ital
XIII, p. 10). — Souvenir de la réu
Suisse romande à Lavey. (Biograph
Lausanne 1896.

CONGRÈS ANNUEL DE LA DEUTSCH
Cette Société avait choisi cette ann
Congrès; ses membres, soit profes
cialistes s'y sont rendus nombreux
l'Autriche, du Danemark et de la P

Le congrès qui a siégé du 13 au
points de vue; favorisés par un
grandement des avantages de la s
de Kiel par son port de guerre. E
ont pris plaisir à humer la brise
Yacht-club, soit en parcourant la
les événements; soit encore en all
Kaiser Wilhelm Canal, qui, comme

Le vendredi 16, un paquebot
emporta les congressistes en une ex
port d'une des îles danoises.

Les réceptions et les repas oi
particulier; des discours, dont qu
ont été échanges entre les membres
du congrès.

Les séances présidées par le pro
l'Aula de l'Université soit à l'Amp
questions officielles étaient au nom

La première: « De la dilatat
parturient », a démontré d'une fa
ment en Allemagne; disons tout de
général battu en brèche; son pri
Dresde, premier rapporteur, s'est i
l'état des esprits de la grande m
l'un des orateurs émit la propositi
être banni de toute trousse de prat
tion s'éleva de l'assistance.

Le prof. Bumm, de Berlin, second rapporteur, tout en faisant quelques concessions à la dilatation instrumentale et seulement dans quelques conditions et indications précises (col ramolli, complètement effacé ou en partie dilaté), s'est déclaré en faveur de la *vaginale Kaiserschnitt* de Dührssen ou mieux de l'hystérotomie vaginale antérieure, opération qu'il a eu l'occasion de pratiquer une cinquantaine de fois avec des résultats encourageants (mortalité totale de 23 % en comptant les décès dus aux affections qui ont entraîné l'intervention). Sa technique consiste dans la section médiane de la paroi antérieure de l'utérus, après refoulement de la vessie et du cul de sac vésico-utérin ; l'opération ne comporte pas l'ouverture du péritoine ; son exécution est rapide, aisée et élégante ; tout spécialiste devrait être capable de la mener à bien. L'hémorragie est peu considérable et s'arrêterait d'elle même ; Bumm n'a eu que rarement recours aux ligatures, la suture utérine suffit ; les suites de couches ont été normales. Cette perte de sang minimise l'engage à étendre les indications de cette opération. C'est ainsi qu'il la considère et la préconise comme intervention de choix en cas de placenta prævia chez les femmes déjà anémiées par des hémorragies antérieures ; la perte de sang par la plaie opératoire dans les cinq cas de cette dernière catégorie ne serait guère plus considérable que dans les cas à insertion normale. Un second avantage, et qui a bien sa valeur, est dû à la rapidité de l'intervention et à la possibilité de sauver un enfant encore vivant au moment où on opère, ce qui n'est généralement pas le cas avec la manœuvre de Braxton Hicks.

La seconde question : « Des résultats éloignés de l'ovariotomie » sur laquelle ont rapporté les prof. Pfannenstiel (Giessen) et Hofmeier (Wurzburg) a donné lieu à de nombreuses communications ; nous nous bornerons à citer les thèses émises par Hofmeier qui résument bien l'état de la question telle qu'elle a été traitée.

A) Résultats éloignés de l'ovariotomie dans les cas de néoplasmes de nature anatomique non douteuse. 1° Kystes de rétention. 2° Dermoides. 3° Fibromes. 4° Kysto-adénomes pseudomuqueux. 5° Carcinomes.

Thèse I. — Les résultats éloignés de l'opération sont bons sauf pour la dernière catégorie de ces tumeurs ; le danger d'une affection secondaire ou idiopathique de l'autre ovaire n'est pas à craindre ; il suffit donc d'enlever l'ovaire malade seul.

Thèse II. — La question est encore à résoudre sur le point suivant : Faut-il enlever les deux ovaires dans le cas où l'on croit avoir sûrement à faire à un carcinome affectant un seul de ces ovaires ? Si l'autre ovaire est déjà affecté la récurrence n'est pas nécessairement éloignée ; si non la guérison durable est possible avec conservation de cet ovaire.

Thèse III. — En cas de carcinome simple ou double, il faut faire systématiquement l'ablation de l'utérus avec les ovaires.

Thèse IV. — L'opération doit être tentée aussi longtemps que l'ablation de la tumeur paraît être possible (on ne peut se rendre bien compte de

l'étendue et des relations anatomiques (ventre).

Thèse V. — Si le second ovaire est atteint par une tumeur au début, une résection est autorisée dans les trois premiers cas, dans le quatrième seulement lorsque la tumeur est petite, d'une deuxième opération le cas doit être totalement écarté.

B) Résultats éloignés de l'ovariotomie. 1^o Nature anatomique douteuse. 2^o Fibrome. 3^o Fibrosarcome, Sarcome.

Thèse VI. — On peut obtenir de bons résultats dans les cas de tumeur de ce groupe, dans les cas de papillomes et de carcinomes, aussi dans ceux de sarcomes et dans le cas du seul ovaire.

Thèse VII. — Comme l'ablation d'un ovaire sain à l'opération peut entraîner des complications générales graves et comme le second ovaire n'est pas considérable, il faut, après l'opération, basé sur son jugement d'après chaque cas, une surveillance rigoureuse pendant un certain temps.

Thèse VIII. — Si les deux ovaires sont atteints, d'enlever l'utérus avec eux.

Thèse IX. — Toute résection est autorisée dans les cas de néoplasmes de ce groupe.

Nous ajouterons encore qu'un grand nombre de cas sur l'ovariotomie vaginale; celle-ci a été pratiquée par notre maître le prof. Döderlein, qui a obtenu de brillants résultats.

Les communications et démonstrations ont donné un chiffre respectable de 74, ne pas confondre cependant au nombre de celles qui sont relatives aux méthodes et résultats de l'ovariotomie utérine; elles donnèrent naissance à une discussion très intéressante.

L'hystérectomie vaginale a été pratiquée dans certains cas de carcinome de l'utérus par Pfannenstiel. Tous les autres orateurs ont déclaré qu'ils ne l'ont pas pratiquée. Mackenrodt, Frantz, Latzko, Bruns ont déclaré qu'ils ne l'ont pas pratiquée. Les statistiques se sont déclarées en faveur de la méthode de choix et d'avenir; actuellement d'abréger la longueur de l'opération a amélioré les résultats immédiats; la mortalité est de 25 % selon les opérateurs et les statistiques, de Döderlein ne comporte que 5 %.

CAISSE DE SECOURS DES MÉDECINS SUISSES. —
Appenzell. — Société des médecins du canton d'
 par M. le Dr Hildebrand, fr. 100, (100+12=112).
Argovie. — Dr W. Jann, fr. 10; L. Widmer,
Bâle-Ville. — Dr C. Pradella-Burckhardt, fr. 5
 fr. 20,) 80+645=725).

Berne. — Dr Jadassohn, prof. fr. 20; Kocher,
 F. de Mandach, fr. 20; Jakob, fr. 10; Haas,
 K. de Sury, fr. 10, (170+790=960).

St-Gall. — Dr Riederer, fr. 10, (10+455=465).

Genève. — Dr M. Dunant, fr. 10; E. Kummel
 Wintzenried, fr. 10, (45+460,40=505,40).

Grisons. — Dr A. Brecke, fr. 10; Doenz, fr.
 H. Diethelm, fr. 20, (55+270=325).

Lucerne. — Dr Th. Hug fr. 10, (10+235=245.)

Neuchâtel. — Dr Muriset, fr. 10; L. Droz, fr. 10.

Soleure. — Dr A. Christen, fr. 20; W. Munzing

Thurgovie. — Dr E. Wehrli, fr. 25 (25+215=240).

Uri. — Dr A. Senn, fr. 5, (5).

Vaud. — Dr Comba, fr. 20; Ch. Krafft, fr.

O. Hensler, fr. 10; R. Wagner, fr. 20, (80+30=110).

Zoug. — Dr Hegglin, fr. 20; Anonyme fr.
 (120+30=150).

Zürich. — Dr Breiter, fr. 10; A. Hahnloser, fr.
 fr. 10; F. Horner, fr. 20; H. Wehrli, fr. 20, (60+100=160).

Divers. — M^{re} L. W. et le Dr E.-W. Bâle, fr. 15
 qui leur a été payée à titre de réparation e
 œuvres de bienfaisance et d'utilité publique
 thérapeutique et vaccinal à Berne, du bénéf
 (2000+1197,20=3197,20)

Ensemble fr. 2890. Dons précédents de 1905, f

Total, fr. 9342.10.

de plus pour la fondation *Burckhardt-Baas*

Appenzell. — Société des médecins des cantons
 par M. le Dr Hildebrand, fr. 50, (50).

Dons précédents de 1905 fr. 55. Total fr. 105.

Bâle, le 1^{er} Mai 1905.

Dons reçus en juin 1905.

Argovie. — Dr G. Merz, « Désistement d'honor
 (15+385=400).

Bâle-Campagne. — Dr Rippmann, fr. 25, (25+9

Bâle-Ville. — A. G., fr. 50; X., fr. 5, (55+725

Berne. — M^{re} le Dr M. Sommer, fr. 20, (20+96

St-Gall. — Dr O. Gaell, fr. 20, (20+465=485).

Genève. — Dr Ch. Muller, fr. 10; D'Espine, pro
 10, (40+505,40=545,40).

Grisons. — Dr Ch. Enderli, fr. 20, (20+325=345).

Schweyz. — Dr H. K., fr. 20; E. Müller,
 (40+52,50=92,50).

Thurgovie. — Dr J. Baumlin, fr. 20, (20+240=

Vaud. — L. M., fr. 30, (30+465=495)

Ensemble fr. 285. Dons précédents de 1905, fr.

N. B. — Le trésorier devant être absent de Bâle
 19 Août, prière de n'adresser de nouveaux dons
 dernière date Le prochain accusé de réception

Bâle, 1^{er} Juillet 1905.

Le Caissier

As

MÉDICALE

SE ROMANDE

ORIGINAUX

**Le processus physiologique chaud dans le
traitement des ulcères**

de A. VEYRASSAT

Polyclinique chirurgicale de Genève.

Le début et la fin ¹⁾

Les variqueux simples.

Le simple.

Je suis aux Abattoirs, Français.

Les ulcères héréditaires, si ce n'est que son

Il a fait cinq ans de service militaire en
malade, n'a pas eu la malaria, mais c'est
de ses varices apparurent. Il nie toute
Il avoue des excès éthyliques assez habi-

Il y a un acide sur la face antérieure de la
la à l'Hôpital cantonal de Genève d'où
s. La plaie était bien fermée, mais il
celle il se blessa en octobre 1902. La
des allures franchement ulcéreuses. En
ils s'épaissirent, devinrent plus durs et
Toute la région devint bientôt doulou-
à la Polyclinique réclamer des soins.

2: Sur les deux jambes varices assez
de la jambe gauche est le siège d'une
le grand diamètre, dirigé verticalement,
mesure 6 cm.

est profonde. Elle est recouverte d'un

liquide purulent, très odorant. Les surélevés ; ils se continuent avec des de couleur rouge livide et parsemés c

Sur la partie postérieure de ce n ulcère circulaire de la grosseur d'une

La moitié inférieure de la jambe e lésions un traitement antiseptique. (L solution de sublime à $\frac{1}{2000}$), mais ce jusqu'au 7 janvier 1902 ne donne pas se plaint toujours de ses douleurs .

Nous avons alors recours à l'eau ch même porté la température jusqu'à ! cette observation). Voici les resulta

9 janvier : Les bords, si irréguli nels. Ils forment une ligne rose aut d'eau chaude.

10 janvier : Les bords s'avancen dénudée. Le lisere cicatriciel mesure cienne limite sous forme d'une lig actuels. Irrigation d'eau chaude.

12 janvier : L'ulcère n'a plus que Irrigation. Le petit ulcère de la face ment fermé.

15 janvier : Le malade est présent n'a plus de douleurs. L'ulcère ne mes

20 janvier : Dimensions de l'ulcère

25 janvier : L'ulcère est presque fei mètre.

A partir de ce jour je ne revois quitté brusquement Genève pour reto

A propos de cette observation elle qui a été l'origine de toutes en effet que j'ai traité par l'eau j'ai parlé de 45° centigrades. C que le thermomètre dont je me Réaumur. Il faut donc lire 55° e

Cette haute température, que peuvent tolérer, explique la rapid s'est effectué le processus de ré peut employer que de l'eau à 50 est généralement bien supporté des améliorations et des guérisc

J'ai pu employer, dans un sec et salée. En voici l'observation :

imple.

lembergeois a toujours eu une excellente santé ne présentant rien de particulier. Allemand. Marié à 36 ans il n'a pas eu de fausse couche. Pas d'antécédents

avait des varices et en 1893 un ulcère avec de nombreuses lésions de grattage.

Admis à la Policlinique de l'Hôpital où on lui appliqua des cataplasmes humides, des compresses phéniquées, pour l'enflure dont il souffrait au membre

malade et fut traité à l'Hôpital. Il guérit bien qu'amélioré par le repos n'était plus en danger qu'il provoquait en engageant le membre il se présente le 2 mars 1903.

Énergique, bien conformé ne présente aucune lésion. Ses urines normales. Ses artères sont souples et son pouls

à la moitié inférieure, est considérable. La jambe est sillonée de varices. Sa surface est sillonnée de varices. Sa face antérieure par un ulcère immense mesurant 10 cm de haut et 10 cm de large et vertical.

Le membre est peu creusé, tapissé de bourgeons charnus de pus et de croûtes verdâtres. Les bords sont élevés, non décollés, assez épais se saignent, très enflammés, luisants.

On applique l'eau à 55° le 2 mars et on panse tous les deux jours jusqu'au 15 mars au chaud et onze pansements. Le membre cicatrisé. Il n'y avait plus ni œdème

le 15 février 1905 et avons eu le plaisir de constater la guérison. Jamais depuis ces deux années

il n'y a eu sur son ancien ulcère une large tache

de cette observation l'extraordinaire fait pas oublier que cet homme, qui supportait sans broncher des douleurs pendant des mois de mars 1903 particulièrement remarquable. Ainsi qu'on pourra s'en rendre compte par les observations de cas traités aux

de janvier 1904 et 1905, c'est-à-dire pendant une période de température assez basse, il est certain que les ulcères guérissent beaucoup plus lentement par les temps très froids tout par le gel. L'observation III dans laquelle le traitement commença le 7 janvier 1903 montre cependant une guérison rapide, mais ceci s'explique très bien. La première partie de janvier 1903 a été remarquable par ce fait que le temps était singulièrement doux et qu'il n'a presque pas gelé.

Cette observation est encore intéressante à deux points de vue : d'abord par ce qu'il s'agit d'un ulcère déjà ancien datant de trois ans et qui avait résisté au traitement antiseptique, et ensuite parce que la guérison se maintient depuis deux ans, soit jusqu'au 31 mars 1903 jusqu'à maintenant, sans que le malade ait changé ses conditions d'existence, lesquelles, (il est chauffé par le feu) sont certes peu favorables au maintien d'une bonne cicatrice.

V — *Ulcère variqueux simple.*

Amélie, 68 ans, bergère, Française, a toujours été bien portant. Elle n'a jamais eu de maladie grave et n'a jamais gardé le lit pour une affection quelconque.

Elle présente à la Policlinique en juin 1903 pour un ulcère de la jambe

une lésion datant de trois ans environ qui a été provoquée par un coup. Elle s'est jamais fermée, bien qu'il ait essayé divers traitements. Varices aux jambes. L'ulcère mesure 3 cm. sur 3, il est à peu près ovalaire et se situe sur la face antéro-interne du membre au milieu de téguments fortement enflammés, indurés, parsemés de plaques brunâtres.

Traitement à l'eau chaude à 55°, le 18 juin, continué le 11, le 13, le 15, le 25 et le 27 juin du même mois, soit en tout six séances après lesquelles l'ulcère est complètement guéri.

Revenons ce malade le 31 janvier 1905. Il revient parce qu'à la suite d'un coup reçu sur la jambe, son ulcère a récidivé. La perte de substance n'est pas très grande, elle mesure 2 cm. de diamètre. Elle est guérie en quatre séances d'eau très chaude à 55°.

VI. — *Ulcères variqueux simples.*

Marie B., 43 ans, Bernoise, femme de ménage, vient nous consulter pour des ulcères de la jambe le 16 octobre 1903.

Elle est toujours en une excellente santé et ses antécédents ne présentent rien de spécial. Femme bien constituée, sans aucune tare visible et dont tous les systèmes sont sains.

On constate sur ses membres inférieurs, surtout aux cuisses, quelques varices superficielles.

à gauche on voit deux ulcères de dimension une pièce de 5 fr., l'autre plus petite de 2 fr. Ces ulcères ont débuté il y a ils tendent toujours à s'accroître.

nit verdâtre épais. Il n'est pas très creusé. s. décollés, rouge vif et entourés d'une tout le tiers inférieur du membre.

améliée, douloureuse à la pression. La coup de ses lésions. La douleur devient endant la nuit,

haude sont faites dès le 16 octobre et e très régulièrement.

idement. L'œdème et les douleurs disparaissent. 7 novembre les deux ulcères sont par-

z simples.

Annecy le 6 mai 1844.

une dothiéntérie à l'âge de 17 ans. or dentition défectueuse (à cause de la a profession de mineur, de scieur, de enne. Alcoolisme.

1894 ou 1895, il ne peut préciser, il bes. En 1901 un œdème douloureux des trer à l'Hôpital cantonal où il resta dix a les jambes en les grattant et dès lors

le 5 août 1903.

bien constitué, d'aspect robuste. Les ux. Pas d'albumine ou de sucre dans

Edème malléolaire plus marqué à gauche

hauter sur sa face antéro-interne deux nt en dedans de la crête tibiale, circon- 2 fr. ; l'autre situé au-dessous du mollet, r la jambe gauche on constate à sa face dont le grand diamètre mesure 5 cm. et rfiels, entourés d'une aréole rouge et is. Un liquide sanieux verdâtre baigne

.tions d'eau salée, à 52°. Amélioration

olument complète. Plus de douleurs et sions on voit encore une tache rouge.

En somme il a suffi de treize jours de chaleur pour obtenir un succès.

La rapidité de la guérison s'explique par ce que le malade tolérait des irrigations chaudes. Suite il était traité pendant l'été à une époque très favorable.

Obs. VIII. — *Ulcères variqueux* sin-

M^{me} R., 49 ans, Savoyarde, conciergerie, qui n'ont du reste rien d'intéressant, atteinte de varices.

Sa santé était excellente, surtout dans l'été. Elle a eu la fièvre typhoïde à 37 ans. M^{me} R. Grossesses et couches normales.

Pendant qu'elle était enceinte de sa septième, apparurent d'abord à la jambe gauche. Les saignements subséquentes et d'autant plus qu'elle était âgée, devait se tenir debout pendant cette époque, devait se tenir debout pendant cette époque.

Son premier ulcère débuta en 1896 à la suite d'un coup. Il ne guérit jamais à la suite d'un coup, sur la face antérieure.

Ces lésions devinrent le siège et le point de départ de lésions pénibles, empêchant la malade de dormir.

Elle vient à la Policlinique le 26 décembre 1903, pour se faire soigner.

À son entrée on constate que la malade est en bonne santé. Son visage est assez coloré. Elle a le point normal. Son pouls est tendu, régulier, souple. Son cœur ne présente rien de particulier. Son sang ne présente rien de particulier.

Sur la jambe gauche dont le tiers inférieur est complètement par une peau parcheminée, deux ulcères : l'un, circulaire de 4 cm de diamètre, immédiatement au-dessus et en avant de la face antérieure du membre, à 3 cm. de la base, profond. Tous deux sont limités. Le membre inférieur présente des varices nombreuses, surtout sur le trajet de la saphène interne.

Première application d'eau chaude le 27, le 28, le 30 décembre et le 2 janvier 1904.

Le 3 janvier 1904, l'amélioration est évidente. Les ulcères sont roses et se sont déjà avancés vers le centre des lésions.

La malade est enchantée, parce qu'elle

sommeil est moins bon quand elle passe une

que les ulcères ont considérablement diminué
sation ait été lente pendant ce mois, à cause
mesure que 2 cm. dans le sens vertical, sur
1. Le plus petit a 1 1/2 cm. de diamètre.
qu'elle ne souffre plus du tout, bien qu'elle
comme auparavant.

ont fermées et parfaitement cicatrisées.

na variqueux.

ns. Rien de particulier comme antécédents
A eu en général une bonne santé. Il y a
considérablement diminué.

ert de varices. En 1890 se mit au lit parce
Il fut traité pour cela à l'Hôpital Pourtalès à
s. Il en sortit bien guéri. En 1903, nouveau
e Genève, pour le même motif. Il en partit

liclinique le 5 janvier 1904 pour un ulcère
rieure et au-dessous de la malléole interne
presque triangulaire a 6 cm. de long sur sa
est entourée par une plaque d'eczéma très
est œdématisée et sillonnée de petites vari-
variqueuse. L'ulcère est douloureux, surtout
rché.

régulièrement pendant tout le mois de jan-
très lents et ce n'est que dans les premiers
lioration notable s'est produite. Dès lors la
jamais vouloir se faire marcher rapidement.
plète. L'eczéma avait disparu ainsi que toute
été revu le 5 octobre 1904; il était parfai-

na variqueux.

Savoyarde. Vient me consulter le 1^{er} octo-
t pour un ulcère siégeant sur la région mal-

i a toujours eu une excellente santé et dont
d'intéressant. Elle a deux enfants bien por-
e qui lui donne beaucoup à faire et l'oblige
la journée.

es elle a remarqué qu'elle avait des varices.
une et de nombre depuis sa ménopause sur-
lepuis que son embonpoint est devenu plus

Vers la fin de 1902 elle fut prise d'un prurit impérieux, pénible, siégeant sur la région malléolaire interne du côté gauche et elle s'aperçut qu'elle avait en ce point une plaque rouge, eczémateuse. Bientôt les sensations de démangeaison qu'elle satisfaisait d'ailleurs libéralement en se grattant une bonne partie de la nuit, alternèrent avec des sensations de cuisson particulièrement vive. La plaque rouge s'excoria sur plusieurs points. La malade essaie alors divers traitements, elle consulte même plusieurs médecins. Ses douleurs furent un peu calmées, mais la lésion ne put jamais se fermer.

En septembre, après une saison de surmenage, les douleurs devinrent intolérables et son ulcère s'étendit, tandis que ses malléoles enflaient.

C'est dans cet état que je l'entreprends. Son ulcère, à peu près circulaire, de 2 1/2 cm. de diamètre est entouré d'une zone violacée, asphyxique, sillonnée par des veinules dilatées, bleuâtres.

Un peu au-dessus de sa malléole interne et continuant cette zone violette, s'étale un placard eczémateux au stade vésiculaire. Le moindre attouchement sur cette région et surtout sur les bords de l'ulcère, provoque une vive douleur que la malade compare à des piqûres.

Je commence l'eau chaude salée le 1^{er} octobre, l'applique trois fois par semaine pendant quinze jours sans que la malade ait renoncé à ses occupations. L'amélioration se produit dès les premières séances.

Le 2 novembre la malade est guérie de son ulcère et de son eczéma. Elle ne souffre plus.

Récidive légère en janvier 1905. Guérison en trois semaines par le même traitement.

Obs. XI. — *Ulcères simples et eczéma variqueux.*

Henri M., 37 ans. Genevois.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Il a toujours été robuste et bien portant. A travaillé d'abord comme portier dans un hôtel, puis, ensuite, comme manœuvre terrassier.

Pendant son service militaire il ressentit des démangeaisons sur la face antéro-interne de la jambe gauche. Il se gratta et ne tarda pas à se faire des excoriations qui furent l'origine de ses ulcères. En 1900, il dut entrer pour ce motif à l'Hôpital cantonal. Il en sortit guéri au bout d'un mois et demi. Mais une récidive s'étant produite, il y retourna et en sortit de nouveau guéri au bout du même laps de temps.

Très peu après, ses ulcères se reproduisaient et il vint à la Polyclinique le 19 janvier 1904. A cette date nous avons constaté que la face dorsale du pied gauche, ainsi que sa jambe du même côté, étaient recouvertes de varicosités nombreuses. La face antéro-interne du membre inférieur gauche était occupée presque sur toute sa longueur par des ulcères superficiels : les uns petits, circulaires, les autres larges (le plus étendu mesurait 5 cm. sur 4), formés par la réunion nette de plusieurs ulcérations. Toutes ces lésions étaient entourées d'une zone inflamma-

Le fond sanieux était limité par des

rrigation d'eau chaude salée.
heureusement que très irrégulièrement à
ère qu'une fois par semaine. Cependant,
va mieux et dit qu'il ne se gratte plus.
a cicatrisés le 15 février, mais à partir du
up plus souvent à la consultation. On lui
ns et dix pansements, si bien que le 23
ous les ulcères sont fermés. Le prurit a

clinique à la fin de novembre 1904. Il
a montré sa jambe parfaitement guérie.
récidive.

te guérison a été obtenue sans que
ait renoncé un seul jour à son dur

irigieux.

neurant à Genève, ménagère.

ante. Père mort à 75 ans. Deux frères et

rs joui d'une excellente santé. Régée à
à 17 ans elle a eu six enfants tous bien
varices pendant ses grossesses. Aucun
nt elle est encore réglée.

le s'aperçut qu'elle avait quelques bou-
-ci étant devenus prurigineux, elle les
jours ces lésions s'étendirent en surface
ulter à la Policlinique.

M) : Femme bien constituée, d'embon-
sont sains. Ses urines ne contiennent ni

réseaux veineux superficiels de la face
le interne gauche on voit un ulcère cir-
de deux francs. Il existe encore deux
sions, l'un, très creusé, à 3 ou 4 cm.
, l'autre sur la malléole externe de la
sont tous profonds, douloureux, recon-
éole rouge. Pas d'enflure des jambes.
à 50°.

détergés et indolores. On voit déjà un
ord.

904 et le 1^{er} janvier 1905, séances d'eau

chaude à 50° et salée. Cicatrisation complète de l'ulcère malléolaire gauche ainsi que de l'ulcère de la malléole externe et de la jambe droite. Par contre l'ulcère de la face antéro-interne de ce membre, bien qu'amélioré et notablement rétréci, n'est pas encore cicatrisé. C'était, d'ailleurs, le plus profond des trois.

Depuis le 5 janvier la malade n'est plus revenue à la Policlinique. Est-elle guérie ?

OBS. XIII. — *Ulcères simples variqueux.*

X., âgée de 38 ans, couturière, née à Genève le 17 avril 1865.

Antécédents héréditaires : Sa mère, âgée de 68 ans souffre actuellement d'ulcères variqueux ; son père est mort à 48 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : Régulée à 18 ans, d'abord peu régulièrement pendant les premiers mois, puis normalement dans la suite. Son passé pathologique est plutôt chargé : rougeole, coqueluche, fièvre urticaire dans l'enfance ; à huit ans, otorrhée chronique de l'oreille gauche. En 1900, fièvre typhoïde qui guérit au bout de trois mois. En 1901, pleurésie gauche.

Mariée à 25 ans, elle a cinq enfants. Pendant ses grossesses elle n'a jamais eu de varices. Ethylisme.

L'affection actuelle a débuté au commencement de février 1903, par deux boutons sur la face antérieure de la jambe gauche. Ces boutons étaient prurigineux et la malade les excoria en les grattant. Ces excoriations au lieu de se cicatriser ne tardèrent pas à s'étendre et à se transformer en véritables ulcérations qui devinrent le siège de douleurs et d'élanements pénibles, surtout pendant la nuit. Ces lésions n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, le malade vient consulter à la Policlinique.

Etat actuel (10 mars 1903). Femme bien conformée. On ne lui trouve aucun stigmate de syphilis. Elle nie, d'ailleurs, tout antécédent vénérien. Son système circulatoire ne présente rien de spécial. Son pouls est régulier, bien frappé. Ses artères ne sont pas dures. Urines : pas de sucre, pas d'albumine.

Sur les membres inférieurs on ne trouve pas de varices apparentes. Les cuisses et les jambes sont parsemées par contre de varicosités capillaires. Les malléoles ne sont pas enflées. Aux aines, quelques ganglions petits, non douloureux. Sur la face antérieure de la jambe gauche, à l'union de la moitié supérieure avec l'inférieure, on constate deux ulcères superficiels : l'un circulaire d'un diamètre de 2 cm., l'autre ovalaire dont le grand diamètre atteint 5 cm. Bords irréguliers, pas taillés à pic. Ils sont entourés d'une aréole inflammatoire large de 3 cm.

La surface ulcérée est jaunâtre, purulente. Le pus examiné au microscope ne renferme pas de bacilles de Koch. Ces ulcères douloureux empêchent la malade de dormir. La malléole gauche présente un léger œdème.

tigr., le même jour.

ont diminué et la malade a bien
le salée à 50°. Les ulcères sont cer-
lemi centimètre de largeur, le plus
grand est d'un diamètre de 4 cm.
ge-vif, granuleuse. L'œdème de la

ts dans toute leur étendue par une
plus. Eau chaude.

lide. La rougeur disparaît. Le 18,
les ulcères on voit une plaque rose.
aude appliquée du 10 au 17 mars,
mplètement cette malade, qui a été
e ne présente plus trace de lésions
ointe un peu pigmentée sur la place
ères.

mple.

ien d'intéressant.

neumonnie qu'elle a eue à sept ans,
lée à 16 ans régulièrement. Depuis
n de cuisinière dans les restaurants.
1. Couches faciles. Ménopause à 44

. lésions dont elle souffre depuis un

Femme au teint coloré, aux yeux
s rouges, tremblantes d'alcoolisme.
souples. Son cœur est normal. Pas
nes. Lésions parasitaires (pediculé
. Ses jambes sont variqueuses. Sur
face interne s'étale un ulcère sur-
sion de grattage. Cet ulcère mesure
1 et se serait développé rapidement
et superficiel, recouvert de croûtes
t douloureux, la nuit surtout.

16, le 28 et le 30 décembre 1904.
parition des douleurs.

ance est complètement comblée et
he rouge, non douloureuse.

ier. Bonne santé habituelle, mais
est obligé de porter des bas élas-

tiques. Ses varices sont apparues à la suite d'une ascite pour laquelle il fut traité à l'Hôpital cantonal en 1882 et dont il se guérit très bien.

En 1901 il se donna un coup sur la malléole interne gauche; celle-ci se mit à enfler et il vit se développer sur le point lésé une ulcération qui s'étendit peu à peu et l'empêcha de mettre son soulier.

Il se présenta à la Policlinique le 24 janvier 1903, en se plaignant de souffrir la nuit et d'être gêné pour marcher. On lui appliqua d'abord des pansements antiseptiques au sublimé, et comme le 5 février on ne constatait aucune amélioration, on institua le traitement à l'eau chaude salée à 50°. A ce moment le malade présentait deux ulcères: le premier sur la malléole interne, mesurait 5 cm. dans le sens vertical et 3 dans le sens horizontal; le second, long de 4 cm. et large de 3, était situé sur la face postéro-externe de la même jambe et à quatre travers de doigt au-dessus des malléoles. Toute la région était tuméfiée, épaissie.

Après quatorze séances d'eau salée à 50°, les ulcères furent complètement cicatrisés.

Le 24 février, guérison. Le malade dit qu'il ne sent plus aucune douleur. Il chausse sans peine son soulier qu'il ne pouvait plus mettre il y a un mois à cause de son œdème.

OBS. XVI. — *Ulcères variqueux simples.*

Henri D., 47 ans, Vandois, employé à la voirie.

Bonne santé habituelle. Il ne se souvient pas d'avoir jamais été forcé de garder le lit pour une affection quelconque, mais, depuis son enfance, il a des varices sur les deux jambes. A 17 ans, à la suite de traumatismes, des ulcères apparurent sur la face antérieure de ses membres inférieurs. Il fut réformé pour ce motif. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme.

En 1878 il consulte un médecin pour ses ulcères qui ne guérissent pas. On lui prescrit des applications d'alcool qui ne donnent aucun résultat. Il entre à l'infirmerie d'Yverdon d'où, après deux mois de repos, il sort guéri. Mais les ulcères récidivent à plusieurs reprises. Depuis 1898 ils n'ont jamais cicatrisé. Le malade, très souffrant, ne dormant plus, n'ayant plus confiance en les médecins, va consulter une femme herboriste qui lui fait des onctions de pommade aux herbes. Il en retire quelque soulagement, mais l'amélioration ne persiste guère.

Pendant deux ans (1901 et 1902), il va plusieurs fois à la Policlinique où on lui fait des pansements antiseptiques au sublimé et à l'acide borique, sans résultats appréciables.

Le 19 mai 1903 nous le voyons pour la première fois. Il se présente à nous avec deux jambes vraiment éléphantiasiques. L'œdème considérable occupe surtout les deux tiers inférieurs des deux jambes. Le périmètre de celles-ci, mesuré à une certaine hauteur entre la rotule et les malléoles, est de 42 cm. pour la jambe droite et de 43 cm. pour la gauche. La phlébectasie est très considérable; des dilatations variqueuses s'étendent en chapelet jusqu'à la cuisse, suivant le trajet des veines saphènes interne et externe.

de 8 cm. dans le sens transversal, sur 9
ulcère de 6 1/2 cm. sur 8, mesurés dans

es, profondes d'un demi-centimètre envi-
leurs bords sont durs, irréguliers, épais,
e de couleur brique. Les bourgeons sont
és de pus fétide. Les téguments avoisinant
és : ils présentent sur certains points des
ymphangite chronique. Ils entourent les
e, comme d'un manchon de parchemin.

l'ailleurs, ne présente, à part ces lésions,
systèmes paraissent sains. Son cœur est
s. Ses urines, analysées plusieurs fois, ne
re. Il se plaint de souffrir beaucoup de ses
n de la journée, il ne peut presque plus

l lui applique l'eau chaude que l'on com-
l'on poursuit après régulièrement tous les

ne tardent pas à se produire : au bout
disparu, le périmètre des jambes mesuré
mment n'est plus que de 39 cm. pour la
jambe gauche. Le malade marche sans
inne et la cicatrisation, bien que lente,
t roses. Les bourgeons sont vermeils.

ulcère de la jambe droite est complètement
e mesure 4 cm. sur sa plus grande dimen-
nsions primitives de ces solutions de con-
ice de peau rose.

temps en temps dès que certains points

divé sur une étendue de 3 à 4 cm. Nous
cère gauche s'est fermé plus lentement et
tement. Il a récidivé en novembre 1904,
e. Actuellement le malade présente encore
éré, mais dont les dimensions n'excèdent
t un périmètre normal. Comparées à ce
sont méconnaissables. Elles ne sont plus
ix dernières années, le malade a toujours
e connaît plus les souffrances qu'il endu-

x simple (ancienne ligature de la saphène).
d'abord charcutier, puis employé chez un

Son père est mort d'un cancer du cou à 64 ans. Sa mère est morte aussi d'un cancer du sein gauche à 61 ans. Quatre frères morts de tuberculose pulmonaire et trois sœurs, dont deux bien portantes et une très délicate, anémique. Aucun des membres de sa famille, sauf une grand'mère, n'a été atteint de varices et d'ulcères.

Personnellement il a un passé pathologique où l'on relève dans l'enfance une poussée d'ictère, une rougeole et dans l'adolescence une fièvre typhoïde à 17 ans; ces affections ont toujours bien guéri. Il a fait son service militaire. C'est à 21 ans qu'il vit apparaître sur sa jambe droite des varices qui, par suite de fatigues professionnelles, devinrent assez vite considérables.

En 1895, étant occupé à tuer des porcs, il fut mordu profondément à la jambe droite par un de ces animaux. Jamais la plaie résultant de cette morsure ne guérit, bien qu'il ait été traité pendant plusieurs mois et par plusieurs médecins. Puis, il y a sept ans, en 1898, souffrant toujours de plus en plus de sa lésion, il entra à l'Hôpital cantonal où on lui fit la ligature de la saphène interne au tiers inférieur de la cuisse droite. Cette intervention et le repos de six semaines qui la suivit, le guérèrent.

Deux ans après récidence. Il était obligé de porter des charges très lourdes quand une de ses ampoules variqueuses sauta, occasionnant une hémorragie assez sérieuse. Dès lors l'ulcère se constitua.

Nous le voyons, pour la première fois, le 28 janvier 1904. C'est un homme robuste, très musclé, ne présentant aucune tare apparente, aucune lésion pulmonaire cardiaque ou rénale. Ses urines sont normales.

Sur sa jambe droite on constate une phlébectasie généralisée. La saphène interne est dilatée uniformément sur toute son étendue et à la cuisse, au point où elle fut liée, elle se perd dans un amas de dilatations variqueuses formant une tumeur assez considérable. Il existe des varices presque sur toutes les veines superficielles de la jambe. Celle-ci à son tiers inférieur est recouverte de téguments infiltrés, brunâtres, parcheminés. Elle est tuméfiée. Sa face antérieure et interne est occupée par trois ulcères. Le plus grand de 5 cm. sur 4, le plus petit, circulaire, mesure 3 cm. de diamètre. Ces trois ulcères sont creusés, ichoreux, fétides. On n'y voit aucun bourgeon. Leurs bords sont durs, calleux.

Irrigations avec la solution salée chaude à 53°, le 28 et le 30 janvier. Déjà le 4 février les ulcères sont bien modifiés. Des bourgeons vermeils apparaissent, les bords déjà roses semblent s'être aplatis sur la surface ulcérée qui paraît beaucoup moins profonde.

Le 7 février, la cicatrisation marche avec une rapidité vraiment surprenante, sauf pour l'ulcère de 3 cm. qui s'est peu modifié. Les deux autres lésions sont beaucoup plus petites. Pas de douleurs. Diminution de l'œdème.

Le 9 février la cicatrisation se continue. Les bourgeons sont bien rouges. Il n'y a pas de pus. L'ulcère qui était stationnaire marche de pair maintenant avec les autres. Disparition complète de l'œdème.

Le 20 février, guérison.

apliquée de phlébite.

re.

héréditaires ou collatérales. Personne l'enfance, elle a toujours joui

Mariée à 18 ans elle a huit enfants
nés. Avant le premier une fausse
cime. En 1891 elle contracte une
guérit au bout de deux mois sans
le franche dont elle se remet très

ante à treize ans, soit en 1891. Au
se faire opérer à la jambe droite
la nature et sur laquelle elle ne
est probable qu'il s'agissait d'un
d'un coup de bistouri. Quoi qu'il
montra, un an après, un bouton
du grattage. Dès lors l'ulcère fut
nit les dimensions d'une pièce de
diva toujours.

Pres années différents traitements
ou sublimé faisaient les principaux
ébarrasser de cette lésion.

ulcère apparut à côté du premier.
le sentit des douleurs très vives le
e trajet de la saphène et c'est pour

emme bien constituée. Les diffé-
sse pas. Son cœur bat régulière-
tères sont souples. L'urine ne

alléoles jusqu'au genou. Elle pré-
la saphène interne. Ce vaisseau
comme un cordon dur qu'on suit
1. Sur la face antero-interne du
itigus, à surface sanieuse, creusée,
longueur sur 3 de largeur.

aude on engage cette malade à ne
et nous la perdons de vue.

ard, en décembre 1904, avec un
la jambe droite et entourant deux
écédemment décrits. Œdème mal-

le 21 décembre 1904.

Le 26 décembre, la malade annonce qu'elle dort bien et qu'elle ne sent plus aucune douleur. Le prurit de son eczéma et l'œdème ont disparu. Les deux ulcères présentent des modifications importantes. Ils sont beaucoup plus petits et sont cerclés par une bande cicatricielle de un centimètre de largeur. Leur surface est recouverte de bourgeons rouges. Il n'y subsiste pas la moindre parcelle de pus.

Le 13 janvier 1905, on constate que les progrès sont lents. La cicatrisation traîne. Les bourgeons sont moins rouges; cependant la malade n'accuse plus aucune douleur.

En février 1905, les lésions ont diminué d'étendue, mais très lentement.

En mars 1905, l'état est toujours stationnaire au point de vue de la cicatrisation, mais la malade travaille toute la journée sans arrêt et sans avoir une minute pour s'asseoir. Elle ne ressent aucune douleur et aucune fatigue dans sa jambe que l'on traite deux fois par semaine.

En avril 1905, amélioration notable, mais les ulcères ne sont pas encore fermés, ce qui tient au travail excessif auquel cette femme se livre pour faire vivre ses huit enfants.

C. — Ulcères variqueux hybrides.

Oss. XIX. — *Ulcère variqueux hybride (peut-être spécifique).*

M^{me} X., 36 ans, ménagère.

Bonne santé habituelle dans l'enfance et l'adolescence. Mariée à 20 ans elle a eu quatre enfants et une fausse couche. Ses grossesses ont été normales.

En 1893, après la naissance du second enfant, des ulcères apparurent spontanément sur le côté externe de sa jambe droite. Ils étaient profonds, dit-elle, et circulaires. Ils guérissent au bout de quatre mois par l'application d'une pommade.

En 1894, nouvelle apparition d'ulcères, cette fois sur la jambe gauche. Ils survinrent sans violence extérieure, sans influence de grattage. Ils étaient très douloureux.

En 1895 les deux jambes furent prises, et comme les douleurs étaient très vives et que ces ulcères, loin de se combler, s'agrandissaient et se creusaient toujours davantage, elle passe un mois à l'Hospice Butini, d'où, après un repos complet d'un mois, elle sort guérie. Mais, très peu de temps après, l'affection récidive et dès lors (1895) les ulcères persistent sur sa jambe gauche avec quelques rares rémissions. Elle consulte à la Policlinique au commencement de l'année 1904. On la soumet à divers traitements antiseptiques qui ne donnent pas de résultats appréciables et qui ne calment pas ses douleurs.

Nous la voyons pour la première fois le 15 octobre 1902. C'est une femme bien constituée, se plaignant de douleurs intenses à paroxysmes nocturnes qui s'irradient dans sa jambe gauche et l'empêchent de dormir.

lques varicosités sur ce membre, plusieurs : antéro-externe et dans son tiers inférieur. r inégale : le plus grand, ovalaire, mesure usé, sa profondeur a 2 cm. ; ses bords sont sâtre et enduit d'un liquide sanieux et fétide. ts, au nombre de quatre, situés immédiate- la tibia sont circulaires et ont les dimensions ites ces lésions sont profondes, rongeantes ; nous. La peau qui les avoisine est luisante, périphérie du membre. La jambe est forte-

t de leur siège, nous considérons ces ulcères , à part la fausse-couche, on ne retrouve pas des antécédents vénériens nets. Son mari est nême, jamais présenté de manifestation cata-

raitement mixte composé de 4 gr. d'onguent tions et 3 gr. d'iodure de potassium *pro dis*. régulièrement jusqu'à la fin de novembre. ration obtenue les premiers jours, les ulcères aires et les douleurs persistent aussi vives

n sublimé faits concurremment avec le trai- ces. Aussi après avoir essayé pendant le mois olutions antiseptiques (permanganate de po- , eau oxygénée), des poudres, le dermatol, le mais sans aucun succès, nous avons recours 7 %₁₀₀, le 10 janvier 1903.

nous annonce qu'elle a moins souffert et 0, elle a pu passer une bonne nuit. Le fond s bourgeons vermeils.

, le 16 et le 18 janvier 1903.

plus petits ulcères situés immédiatement en ont absolument fermés. Le plus grand est di- s profond que d'un centimètre. La rougeur tement sur le côté interne de la jambe. Du ne présentent plus la teinte violacée qu'ils l'œdème a complètement disparu. Le som- n'a plus de douleurs.

onstate que les ulcères sont cicatrisés. Les ie aréole rose, un peu lisse.

guérie est présentée à la Société médicale de

Obs. XX. — *Ulcère variqueux hybride ; artériosclérose.*

Y., 59 ans, menuisier, Genevois.

Bonne santé habituelle. Aucun antécédent digne d'intérêt. Ethylisme.

En 1897 se fracture les malléoles de la jambe gauche. Cette fracture fut d'abord mal réduite et on dut lui faire la réduction sanglante dans un hôpital de Marseille. C'est à la suite de ce traumatisme qu'il commence à souffrir de troubles circulatoires dans cette jambe qui s'ulcère en 1898 près de la malléole interne. Cette lésion se ferme en 1899, puis reparait spontanément à plusieurs reprises et depuis 1902 ne s'est jamais refermée, gagnant toujours en profondeur et en étendue.

Y. vient pour la première fois à la Policlinique en septembre 1903. On constate sur la face interne et sur le tiers inférieur de la jambe gauche deux ulcères : le premier circulaire, profond, un peu plus grand qu'une pièce de 5 fr., à bords très épais, surélevés et durs, à surface sanieuse fétide ; le second moins profond, grand comme une pièce de 2 fr., entouré d'une zone recouverte de phlyctènes. La région malléolaire est cerclée d'un manchon de tissus durs, pigmentés, rouge-brique ; elle est œdématisée. Sa circonférence, mesurée sur les malléoles, est de 33 cm. La jambe est tuméfiée, surtout dans son tiers inférieur. Sa circonférence, mesurée à 22 cm. au-dessous du bord inférieur de la rotule a 35 cm.

Le malade souffre beaucoup. C'est un homme fort, gros, aux joues pleines et rutilantes d'alcool, artérioscléreux. Son pouls est tendu, peu dépressible. Ses artères radiale et temporale sont dures. Son cœur est hypertrophié. Ses urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

On applique l'eau chaude le 22 septembre 1903 pour la première fois.

Au bout de quinze jours le petit ulcère est guéri, mais le grand ne se modifie que peu, sauf pour la profondeur qui est moindre, mais le traitement est très irrégulièrement appliqué, car le malade se présente trop rarement à la Policlinique.

Le 18 décembre il se décide à se faire traiter plus régulièrement, et pendant une semaine on lui applique tous les jours l'eau chaude salée.

Le 26 décembre on note la diminution de l'œdème. Le périmètre de sa jambe mesuré comme ci-devant est actuellement de 32 cm., soit 3 cm. de moins qu'au début. Le périmètre malléolaire mesure 30,5 cm., soit 1,5 cm. de moins. Les douleurs sont beaucoup plus rares et le malade peut dormir toute la nuit sans être obligé de sortir ses jambes des couvertures comme il le faisait avant le traitement.

Pendant un mois le traitement est suivi avec persévérance, mais les progrès sont lents au point de vue de la réparation cicatricielle.

Le 29 janvier 1904, l'œdème a complètement disparu. Le périmètre des jambes et des malléoles est égal pour les deux membres. Le malade ne souffre plus. La surface ulcérée est bien détergée, plus superficielle, recouverte de bourgeons rouges. Elle est un peu rétrécie, mais ses bords restent épais, durs. En somme, processus cicatriciel très alangui, très lent, mais disparition complète de l'œdème et de la douleur. A la fin de janvier nous perdons de vue ce malade.

hybride, artériosclérose.

cy en 1844.

naturel. Il a toujours eu une excel.

Il sept ans de service. Célibataire.

tylisme.

deux ans par des douleurs dans la

nt, quand il était fatigué, vers la fin

de sa jambe enflait et que la peau de-

qui comprenait le tiers inférieur du

de la peau persistèrent jusqu'en no-

ion spontanée de l'épiderme. Celle-ci

ter à la Policlinique.

omme robuste, bien conformé. Les

ures. Le pouls est tendu, pas dépres-

e présente aucun bruit anormal. Les

s urines ne renferment ni sucre, ni

ses varices ainsi qu'un ulcère super-

l'un diamètre de 1,5 cm. Cette lésion

upant presque tout le tiers inférieur

manifeste. Douleurs nocturnes assez

e à 50° faites les 19, 20, 21 et 23

es sensible des douleurs nocturnes

l'ulcère.

urs et l'œdème ont disparu. Il ne

où se trouvait l'ulcère.

hybride (syphilis et tuberculose).

a des antécédents personnels plutôt

quée par plusieurs affections fébriles

l'oreille. Il a été réformé du service

serait due à ce fait qu'il travaillait

it dans des écuries dont l'air saturé

"est du moins ce qu'il raconte et ce

ns il contracte un chancre syphili-

gaces du côté de la bouche. Céliba-

ement.

étiques, qu'on a dû ponctionner. Dès

mes pulmonaires. Il tousse et crache

nigri.

es varices. Le 15 décembre 1904 il

proqua une ulcération de la face an-

elle fut l'origine et le début de son

Entré à l'hôpital le 20 décembre, il en sortit quinze jours après, vers le 10 janvier 1905, mais son ulcère n'était pas guéri. Il se présente le 31 janvier 1905 à la Policlinique.

Homme bien conformé, un peu pâle. Ses poumons présentent aux deux sommets de la rudesse à l'inspiration, mais pas de râles. La base gauche est submate, moins développée que la base droite, vestige de son ancienne pleurésie. Rien au cœur. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Pas de lésions spécifiques en activité, sauf son ulcère qui, bien que variqueux, est peut-être influencé par sa diathèse. En tous cas pas de stigmates anciens de syphilis.

Les deux jambes sont atteintes de varices. Sur la jambe gauche : ulcère de 5 cm. dans sa plus grande dimension, creusé, à bords irréguliers, non décollés, épaissis. La surface de la lésion est recouverte d'une croûte adhérente verdâtre. La zone avoisinante présente des signes d'inflammation qui s'étendent sur tout le tiers inférieur du membre, qui est passablement tuméfié.

On prescrit à ce malade du sirop de Gibert à la dose de deux cuillerées par jour, afin d'améliorer son état général, et après trois séances d'eau chaude, soit huit jours après, l'ulcère se modifie rapidement. Le 7 février il est superficiel ; toute la zone inflammatoire a disparu et la cicatrisation se fait vite.

On objectera peut-être que seul, le sirop de Gibert aurait donné le même résultat ? Mais tout en admettant l'influence de ce médicament, nous pensons cependant que l'eau chaude en a singulièrement favorisé l'action.

Cet ulcère présentait, d'ailleurs, nettement les caractères d'un ulcère variqueux, aussi bien par son siège que par son aspect. Il n'aurait pas guéri si rapidement avec le seul traitement spécifique. Nous rappelons d'ailleurs, à ce propos, que les syphilides ulcéreuses cutanées peuvent être, si non guéries, du moins très améliorées par l'eau chaude à 50°, indépendamment de tout traitement spécifique.

Obs. XXIII. — *Ancien ulcère variqueux hybride ; artériosclérose.*

M^{me} Y., Bernoise, 66 ans, lavandière, a toujours eu une excellente santé, mais elle a eu des varices depuis son enfance.

Célibataire ; elle exerce la dure profession de lavandière depuis de nombreuses années, ce qui a contribué dans une large mesure à développer ses phlébectasies.

Ménopause en 1891. C'est à ce moment que sur sa jambe gauche apparut un ulcère qui augmenta d'étendue et de profondeur et qui n'a jamais guéri. Elle le soigna tant bien que mal avec des onguents variés, des applications de substances grasses, puis, sur le conseil des pharmaciens, elle employa des solutions boriquées, mais, comme sa lésion ne se

des lavages phéniqués qui eurent pour effet de substance.

de travailler, et c'est à bout de patience et Polyclinique où pendant les années 1901 et nsements et des lotions antiseptiques, mais néfice et à plusieurs reprises elle dut garder

ous la voyons pour la première fois.

s tirés, mais énergiques, amaigrie, un peu commet de temps à autre des excès éthyli-de l'alcool quand elle a froid sur les bateaux. éssente des altérations veineuses et artérielles: tions sont régulières, tendues. Son cœur est ; sans bruits anormaux. On note de la dys-d'emphysème pulmonaire et de bronchite nferment ni sucre ni albumine. Le système

es sont très saillantes, la jambe gauche sur-ariqueux considérables, remontant jusqu'au trajet de la saphène interne.

se dans tout son tiers inférieur par un ulcère ieure du membre et mesurant 9 cm. dans le sens horizontal. Cette lésion si vaste est cir-levés, épais, très durs, absolument calleux, as des prolongements comme des presque'iles est sanieuse, recouverte d'un enduit grisâtre, ent faire corps avec le tibia et le péroné qui éritable « gaine de cuir ».

ère est pigmentée rouge-brique, luisante ; , mais sensible à la douleur et à la chaleur. tuméfiée, est le siège de vives douleurs à ne tension pénible qui augmente à la fin de

ie l'eau chaude salée a été appliquée en jan- is.

ait les modifications suivantes : disparition es séances d'eau chaude et dans la nuit qui 'oedème. Les bords de l'ulcère sont devenus s'est détergé, mais on ne constate qu'une e lésée. La cicatrisation ne se fait pas bien. ide vient très irrégulièrement, et dès qu'elle is.

la traitons et nous pouvons résumer cette vante : Pas de changement notable dans les lus de douleurs, plus d'oedème.

Au mois de juillet 1903, l'ulcère a été recouvert de pns bleu, particulièrement fétide; cette suppuration était survenue grâce au fait que la malade était restée environ trois semaines sans venir faire changer son pansement. Le pus a disparu en quatre séances d'eau chaude.

Actuellement (janvier 1905) la lésion est beaucoup plus superficielle, les bords sont roses, les bourgeons sont sur quelques points bien rouges, sur d'autres points, au contraire, ils ont moins bon aspect et ne se modifient guère; le périmètre de la jambe malade est le même que celui de la jambe saine, il a donc repris ses dimensions normales.

Ajoutons que les séances d'eau chaude ont toujours réussi à faire disparaître les douleurs dont cette femme souffrait et qui l'obligeaient à discontinuer son travail.

Voilà donc un des rares cas où l'eau chaude n'a pas donné de guérison complète au point de vue cicatriciel.

D'où vient cela? Evidemment l'âge de la malade, l'alcoolisme chronique, l'état de ses artères, l'ostéopériostite sous-jacente à l'ulcère, l'ancienneté et l'étendue de la lésion expliquent suffisamment l'impossibilité où l'on se trouve de provoquer la *restitutio ad integrum*.

Mais n'est ce pas précisément ces ulcères-là, rebelles à toute thérapeutique qui par leur extension progressive condamnaient et condamnent encore quelquefois les malades à l'amputation du membre atteint? Et, si la cicatrisation complète n'a pas pu être obtenue, n'a-t-on pas le droit du moins de considérer comme un demi succès le fait d'avoir pu permettre à cette femme, grâce à la suppression des douleurs et de l'œdème, de vaquer sans discontinuer pendant deux ans à ses occupations si pénibles?

Enfin, il nous paraît certain que nous aurions obtenu une cicatrisation plus étendue, si cette malade avait pu supporter les irrigations à 55°, mais c'est à grand peine qu'elle se laissait appliquer l'eau chaude à 50°.

D. -- Ulcères traumatiques, brûlures, gelures.

Voici maintenant quelques observations se rapportant à des cas d'ulcères consécutifs à des traumatismes (contusion, arrachement), à des brûlures et à des gelures.

Nous publions d'abord deux cas observés par Reclus.

Obs. XXIV. (RECLUS, *loc. cit.*) — *Ulcère traumatique*.

Femme de 44 ans, sur laquelle on avait tenté inutilement des greffes de peau de grenouille.

contusionné par une roue de voiture; la perte des muscles sous-jacents mesurait 15 cm. dans un sens, un sphacèle consécutif devait presque doubler les dimensions. On a traité avec des lotions à l'acide phénique, au sublimé corrosif et à l'acide borique. On a empêché que, le 12 novembre, lorsque Reclus la plaie fût blafarde, atone, sans tendance à la guérison, des lavages quotidiens à l'eau chaude sont prescrites. L'aspect de l'ulcère a changé. La surface en est rose, les bords sont petits et vermeils, le liseré cicatriciel se voit à peine. Au bout de quelques jours, la plaie s'était rétrécie de plus de moitié et le malade quitte l'hôpital, la guérison est presque

ibid.) — *Brûlure.*

Remise en service la première fois par M. Richet pour des douleurs dans le membre inférieur. Elle rentre dans le service pour la face dorsale du pied droit, consécutive à une brûlure. La substance avait les dimensions d'une pièce de blafarde, plate ou même creuse, sans bourgeons, stationnaire sans s'accroître ni se rétrécir.

Un quart d'heure est prescrit matin et soir; sous ce traitement, l'aspect change d'aspect, la membrane granuleuse s'organise, elle gagne, et au dernier examen la cicatrisation est complète.

Après avoir rapporté ce cas, en disant: « Je n'ai pas d'autres exemples tirés de mes observations où affluent les ulcères variqueux; tels que, malgré mon départ, la tradition de la médecine chaude, s'y est, dit-on, conservée ».

traumatique.

Un Italien est un homme qui a toujours eu une

petite taille, il ne présente aucun signe morbide, Pas de syphilis. Pas d'éthylisme.

Il a reçu un coup de pied de sa petite fille sur la jambe droite, il en résulte une ulcération qui d'abord insignifiante, mais comme elle ne cicatrisait pas en dépit des lotions linéaires que lui appliquait un pharmacien, il vient à l'hôpital le 15 novembre 1904.

On voit, à mi-hauteur de sa jambe droite une perte de substance large comme une pièce de 2 fr., à bords irrégulièrement surélevés, entourés d'une zone rouge d'environ 2 cm. Le fond de l'ulcère est recouvert par une croûte de croûtes verdâtres.

On ne trouve aucune varice, aucun trouble circulatoire central ou périphérique ; le cœur est normal, les artères sont souples. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Les antécédents ne révèlent aucune diathèse qui puisse expliquer cette lésion. Il n'y a pas de tuberculose dans la famille.

Nous lui faisons faire dix séances d'eau chaude se succédant tous les deux, puis tous les trois jours à partir de la cinquième séance.

Le 20 janvier 1905 l'ulcère est complètement guéri, bien cicatrisé. La jambe présente, à sa place, une tache rouge.

Revu le 26 janvier, la tache rouge a considérablement diminué. La cicatrice est solide.

Obs. XXVII. — *Ulcère traumatique.*

C. C., 26 ans, Italien, menuisier.

Bonne santé habituelle, à part une affection fébrile indéterminée à l'âge de dix ans. Célibataire, n'a jamais eu d'accidents vénériens, n'est pas alcoolique.

Il y a sept ou huit ans, à la suite d'un traumatisme, il se forma un ulcère de la jambe gauche dont il guérit au bout de quelques semaines. En novembre 1904, s'étant donné un coup au niveau de cette ancienne lésion, il s'y développa un nouvel ulcère qui s'étendit peu à peu et pour lequel il vient réclamer nos soins le 17 janvier 1905.

Homme bien constitué. Pas de varices. Pas de stigmates de syphilis ou de tuberculose. Ses différents systèmes paraissent sains. Urines sans albumine ni sucre.

L'ulcère occupe la face antérieure de la jambe gauche, à mi-hauteur du membre. Il a les dimensions d'une pièce de 5 fr., il est superficiel. Une zone assez large de dermite l'entoure, formant autour de lui une aréole rouge-vif, sur laquelle on remarque des lamelles épidermiques soulevées par du pus. Cette lésion ressemble en plus grand à celle du cas précédent.

Quinze séances d'eau chaude salée pratiquées depuis le 17 janvier jusqu'au 20 février, guérissent complètement cette lésion sans le secours d'aucun antiseptique.

Obs. XXVIII. — *Plaie contuse étendue.*

C. François, 40 ans, employé au service des Eaux, est un homme robuste qui a toujours joui d'une excellente santé. Il exerce la profession de mécanicien et c'est en nettoyant une machine qu'il s'est laissé prendre le pouce droit dans un engrenage, le 24 novembre 1904.

Il vient à la Policlinique où nous constatons que le pouce a été arraché laissant à sa place une plaie anfractueuse, à bords déchiquetés flottants. Du milieu de cette lésion émerge la tête du premier métacarpien qu'on est obligé de désarticuler. On ne peut réunir cette plaie, car les lambeaux cutanés qui ont été écrasés semblent condamnés à la mortification. C'est ce qui se produit, en effet, et il persiste, à la suite de ce sphacèle des

tion de continuité assez étendue occupant
minence thénar et large comme une pièce de

a solution physiologique chaude et, sans le
d'aucun antiseptique, on obtient une gué-
es d'eau salée chaude.

sphacélés s'était achevée complètement le
r de cette date l'eau chaude régulièrement
rois jours, provoqua une cicatrisation rapide
bre 1904.

nple et brûlure.

ise sans profession, a toujours joui d'une
omme vive, pleine d'entrain, bien conformée,
ille bien portante.

n se grattant, une ulcération sur le côté ex-
te lésion s'agrandit peu à peu, et comme elle
vint à la Policlinique, où nous la voyons en
sa jambe un petit ulcère superficiel à bords
essus de la malléole. Elle n'avait, d'ailleurs,
si l'on trouvait sur ses membres inférieurs
ntanées. Sa jambe n'était pas enflée. Bref, il
flante.

ide salée à 50°. Après deux séances la malade
simple pour se déranger et venir à la Poli-
de bien vouloir s'en charger, mais celle-ci,
iffisamment d'exactitude la température de
sa mère un pot d'eau presque bouillante. Le
tôt considérablement agrandi. On nous prie
u trois jours après cet accident. Nous la trou-
nant de souffrir beaucoup, maudissant l'eau
lui avait prescrite.

bords irréguliers avec golfes et presque îles, à
semée de croûtes verdâtres occupait presque
ambe, remontant sur le côté externe à 8 cm.
reculant les deux tiers au moins du périmètre
t, d'ailleurs, assez œdématiée. Toute la cou-
tains points le derme, avaient été intéressés

peine, à faire accepter à la malade le traite-
uffrir, grâce à l'inexpérience et à la négli-

illet 1903. Tous les jours d'abord, puis tous
ts les trois ou quatre jours; nous irriguons
s de solution physiologique. Au bout de qua-

tre séances la surface ulcérée est absolument détergée, les bourgeons sont vermeils. Le liseré cicatriciel s'étend déjà et est partout large d'un centimètre. Les progrès sont extraordinairement rapides à telles ense-
gues que le 10 août l'ulcère était complètement cicatrisé.

Ajoutons que la malade pendant toute la durée du traitement a gardé la chambre et ne marchait pas du tout pendant les premiers jours.

Notons enfin que ce traitement a été fait pendant la saison la plus favorable. Il n'est pas douteux que la chaleur de l'été favorise l'action de l'eau chaude.

Nous avons revu cette malade le 2 novembre 1904. On nous appela auprès d'elle parce qu'elle venait d'être frappée d'un ictus apoplectique dont elle mourut, d'ailleurs, 48 heures après. Nous avons pu constater que sa jambe était parfaitement guérie, et sa fille nous a affirmé qu'elle n'avait jamais l'ulcère ne s'étant reproduit.

Obs. XXX. — Gelure des mains.

M. E. T., 28 ans, Genevois, jardinier, a eu à souffrir du froid qui a sévi au commencement de cette année. Il vient le 3 janvier à la Polyclinique où il nous présente ses deux mains qui avaient été gelées.

La région carpo-métacarpienne et les doigts ont été intéressés en totalité par le froid. La face dorsale du métacarpe est recouverte par un phlyctène considérable. Les doigts ont l'aspect de saucisses blanches bosselées. La sérosité des phlyctènes évacuée et celles-ci étant tombées on constate que la couche dermo-épidermique est touchée inégalement. Sur certains points le derme est intact, sur d'autres il est détruit. L'extrémité des phalanges a eu le plus à souffrir et les ongles paraissent très menacés.

On ne fait pas d'autre traitement à ce malade que l'eau chaude salée à 50° et des pansements secs. En dix jours ses deux mains sont complètement guéries.

Obs. XXXI. — Gelure des mains.

B. Aimé, 46 ans, Italien, charpentier a eu les deux mains gelées le 2 janvier 1905, tandis qu'il travaillait.

Nous le voyons le 3 janvier à la Polyclinique. Mêmes lésions et même aspect que dans le cas précédent, avec cette différence toutefois que sur certains points la gelure a été plus profonde, notamment au médius et à l'annulaire de la main gauche où, après détersion de l'ulcération, on voit la couche musculaire et une partie des tendons.

Le 28 janvier tout était cicatrisé par dix-sept séances d'eau chaude et par dix-sept pansements secs.

Obs. XXXII. — Gelure au troisième degré du pouce droit.

Jean-Marie M., 43 ans, Français, cultivateur, se présente le 4 janvier 1905 à la Polyclinique. Son pouce droit a été complètement gelé le 2 janvier 1905. Ce doigt paraît mort et fatalement condamné. Il est blan-

par un liquide louche. Les phalanges sont
piquée, au contact et à la chaleur. La zone
au de la tête du premier métacarpien.

d'une manière radicale, ce qui ne laisse pas
ade qui voudrait à tout prix conserver son
lation en attendant que la zone de sphacèle
ée et nous nous bornons à pratiquer des
us les jours régulièrement, depuis le 4 jan-
nous assistons à une véritable régénération

ns à la pince quelques fragments sphacelés du
il près de son point d'insertion. Nous déta-
phalange est recouverte déjà de bourgeons
masses exubérantes. Le liseré cicatriciel
sur la première phalange qui est totalement
. Ce travail de réparation est aussi extraor-

occupe la face dorsale de la deuxième pha-
palmaire. L'extrémité est occupée par des
merge l'os.

que la cicatrisation se fait très bien sauf à

complètement recouvert, mais il existe une
a première phalange. Celle-ci est sans doute
continue néanmoins l'eau chaude.

able fermée. La cicatrisation est parfaite. A
nent de la deuxième phalange et un peu de
trémité du doigt, on peut considérer le ma-

roigne encore de la merveilleuse in-
que possède l'eau chaude. Elle montre
eut par ce moyen régénérer des tégu-
ges surfaces dénudées sans le secours

lier les exemples de brûlures étendues
as a donné des succès incontestables et

Reclus (Obs. XXV) et le nôtre (Obs.
suffisamment éloquents pour qu'il ne
sister et nous passons aux conclusions
ensemble d'observations.

ogique chaude, à la température de 50°
est le meilleur traitement que l'on

puisse opposer aux ulcères simples ainsi qu'aux plaies étendues difficiles à cicatriser.

2° A 55°, elle est encore plus efficace et donne des guérisons plus rapides, mais cette température a l'inconvénient d'être difficilement supportée et ne peut convenir qu'à des individus énergiques.

3° Peu couteux, non toxique, facile à mettre en œuvre même en dehors des cliniques, ce mode de traitement fait disparaître assez vite l'œdème et la douleur dans tous les cas, même dans ceux où les callosités des bords opposent une résistance insurmontable à la cicatrisation.

4° Il a ce grand avantage de pouvoir être appliqué sans qu'il soit nécessaire de l'associer au repos dans le decubitus horizontal et d'interrompre ainsi la vie sociale des malades.

Contribution à l'étude des tumeurs cérébrales à forme psychique.

(Sémiologie et diagnostic.)

Par le Dr A. VALLETTE

Ancien médecin adjoint de l'Hôpital cantonal de Genève.

Les troubles psychiques se rencontrent fréquemment dans les cas de tumeur cérébrale, comme on peut s'y attendre d'une affection lente et progressive qui tend fatalement à léser l'encéphale et à compromettre son fonctionnement. Ils sont cependant loin d'en être un symptôme constant.

Schuster¹, qui a réuni 775 cas de tumeurs intracrâniennes avec troubles psychiques, estime que ceux-ci se rencontrent dans 50 à 60 % des cas de tumeurs encéphaliques en général. Et cette réunion de 775 cas en renferme 423 où il s'agit d'un état de « simple paralysie psychique », à savoir de signes atténués et banals, tels que la somnolence, la torpeur intellectuelle allant jusqu'à la stupeur, l'affaiblissement de la mémoire.

Gianelli a fait un relevé statistique de 588 cas de tumeurs cérébrales, et trouve des troubles psychiques dans 323 observations (54 %). Au nombre de ces dernières il fait rentrer les cas de troubles de la parole.

¹ Voir les renseignements bibliographiques à la fin de l'article.

les malades qui offrent le tableau des asiles d'aliénés, il n'y a de 11 à 28 pour mille des cas (Schuster). Les cas que nous avons en vue, ceux de l'endocranion, pendant un temps assez long de leur évolution, à l'exclusion des symptômes cérébraux, nous n'en trouvons plus

et, l'attention a été attirée sur cette question de Thoma, d'Illenau, en 1895, et de Loeper, paru en 1900.

Les tumeurs cérébrales se rencontrent chez les aliénés. Il y a cependant toute une série de symptômes psychiques sont les moteurs qui pourraient faire pen-

ser à une lésion en foyer, ne se manifestent que peu de temps avant la mort, ou, s'ils sont moins tardifs, restent masqués par les troubles psychiques.

Brault et Loeper, se fondant sur trois observations personnelles ou inédites, établissent une forme psycho-paralytique des tumeurs cérébrales, forme qu'ils retrouvent dans un certain nombre d'observations publiées par divers auteurs. Pour eux, les troubles psychiques, qui peuvent être précoces, n'ont pas de physionomie caractéristique; ce sont l'affaiblissement psychique, les phénomènes de déficit qui prédominent, depuis la fatigue et l'obnubilation jusqu'à la confusion mentale, à la torpeur complète. Ils ont noté les idées mélancoliques et l'automatisme. Ce qui permettrait de distinguer cette forme clinique, ce serait la marche progressivement croissante et extensive de la paralysie. « Elle est sourde dans son apparition, disent Brault et Loeper, lente dans son évolution. Elle débute par une paralysie monoplégique, devient monoplégie vraie, puis se généralise lentement en hémiplégie totale. Il semble que la marche clinique soit exactement calquée sur l'évolution anatomique du néoplasme qui détruit directement et petit à petit les tissus qu'il rencontre ».

A la suite de Brault et Loeper, d'autres auteurs ont publié des cas analogues, en adoptant pour ceux-ci la même désignation de forme psycho-paralytique; tels sont Lannois et Porrot, Cornu, Devic et Gautier. Ces deux derniers déclarent que le terme qui s'appliquerait le mieux à leur cas serait celui de tu-

meur cérébrale à forme psychique ; cette forme clinique est acceptée également par Oppenheim.

Il s'agissait, dans le cas de Devic et Gautier, d'une femme de 52 ans, qui présentait des signes de déchéance intellectuelle progressive, avec perte de la mémoire, difficulté croissante à comprendre et à s'exprimer, torpeur béate avec tendance exagérée au sommeil, et en même temps gaîté tout à fait anormale vu la gravité de l'état de la malade. Au moment de l'entrée de celle-ci à l'hôpital, elle présentait une hémiparésie droite, qui survint six mois seulement après les premiers troubles psychiques et qui précéda la mort de six semaines.

Nous avons eu l'occasion d'observer à Genève, dans le service de Clinique médicale de M. le prof. Bard, un cas très analogue : comme évolution à celui de Devic et Gautier. La symptomatologie extrêmement fruste de la période de début, qui fut aussi la période la plus longue, nous a paru rendre ce cas intéressant et nous croyons bien faire d'en publier l'observation *in extenso*. Aussi bien, n'avons-nous pas pour nous y engager l'autorité de Horsley, qui disait en 1896 : « que la partie essentielle dans l'étude des tumeurs cérébrales est actuellement leur étude clinique et diagnostique » (Auvray) ? C'est à ce point de vue que nous nous plaçons, laissant aux anatomopathologistes et aliénistes, le soin de continuer l'étude de la pathogénie des troubles psychiques, entrée résolument dans une voie nouvelle depuis les travaux de Dupré et Devaux, de Klippel, de Cornu, travaux sur lesquels nous aurons à revenir brièvement.

OBS. I¹. — Tumeur à forme psychoparalytique. Longue durée de la période neurasthénique ; syndrome incomplet et atténué. Absence de l'œdème papillaire. Ponctions lombaires. Courte durée de la période paralytique terminale. — Autopsie : Vaste gliome siégeant dans le corps calleux et les deux hémisphères.

M^{me} X., entrée à l'Hôpital cantonal de Genève le 15 octobre 1902, y a été envoyée avec le diagnostic de neurasthénie ; elle est placée dans mon service.

C'est une femme de 51 ans, maigre, chez laquelle M. Voirol, interne du service, constate un état de stupeur, la disparition des réflexes rotuliens, un état saburral de la langue. Comme elle ne donne elle-même aucun renseignement, nous devons nous adresser à diverses sources pour en

¹ Communiquée à la Société médicale de Genève le 12 février 1903.

decins qui l'ont vue ou traitée nous fournissent et concordantes sur la phase la plus intéressante, et sur la marche de son affection jusqu'au point où il n'est plus possible de douter de l'existence du cerveau.

dix ans d'une affection de l'estomac (dilatation) il n'y a rien à noter dans ses antécédents.

soupçon de syphilis. Mariée deux fois, elle a eu deux enfants tuberculeux, une fille morte également de tuberculose à l'âge de 21 ans, il y a de cela cinq ans. Son second enfant est ainsi qu'une fille née du second lit. Elle n'a jamais eu la ménopause est survenue à l'âge de 39 ans. Elle n'a jamais eu de migraines. Elle n'a pas de troubles héréditaires connus.

son brillante jusqu'au 15 avril 1902. En fait, elle reconnaît cependant qu'on la trouvait un peu fatiguée, et que son état de surmenage s'expliquait naturel-

lement elle se met à maigrir et à ressentir une

trouvant seule à la maison, elle est prise pendant la nuit d'hallucinations; elle entend proférer des insultes à son adresse, puis elle est angoissée et elle a peur de mourir; si bien qu'effrayée de se sentir seule, elle se rend chez des amis à qui elle exprime sa crainte de devenir folle.

M. le Dr Buscart, qui est appelé une fois auprès d'elle, l'engage à partir pour le Fayet-Saint-Gervais, où elle rejoindra son mari. Celui-ci nous dit qu'à son arrivée il la trouva faible, abattue. Elle présentait parfois des troubles bizarres de la sensibilité; elle sentait ses mains à la place de ses pieds. Elle ne ressentait pas de céphalées continues, mais était prise de crises terribles de douleurs de tête, durant vingt-quatre heures, accompagnées de vomissements et revenant presque chaque semaine. Il lui semblait que « des chiens lui rongeaient la cervelle ». Elle pouvait se promener, « bien qu'elle se trouvât faible et qu'à certains jours elle tirât la jambe droite en marchant ». La parole était alors bien conservée. Elle avait beaucoup d'idées noires, craignait de ne pas se remettre, de devenir folle ou paralysée. On pouvait la reconforter en lui prodiguant des encouragements, et on la considérait comme une *neurasthénique*.

M. le Dr Bastian, notre distingué confrère de Saint-Gervais, nous confirme en effet les renseignements qui précèdent et nous extrayons de la lettre qu'il eut la complaisance de nous envoyer, les points particuliers suivants :

A la première visite il constatait un mal de tête fixé au sommet du crâne, affectant la forme de plaque, de calotte, parfois de casque. Il était inter-

mittent. Il y avait malaise général, inaptitude au travail et perte de la mémoire. La malade se rendait compte de l'affaiblissement de ses facultés. Les vomissements n'existaient pas au début. Ils ont toujours été accompagnés d'embarras gastrique. L'appétit manquait et la malade s'amaigrissait. Il y avait constipation et dilatation d'estomac par atonie.

Il parut y avoir de légères améliorations passagères, mais avec deux rechutes au mois d'août. Le mal de tête revenait par accès.

Dans les derniers jours de son séjour à Saint-Gervais, vers le 15 septembre, la malade accuse une plus grande faiblesse des jambes; elle a la sensation de jambes de coton; les vomissements deviennent plus fréquents; céphalée constante au sommet du crâne. Notre confrère soupçonne alors l'existence d'une lésion organique du cerveau, aussi fut-il médiocrement surpris, nous dit-il, lorsqu'il apprit que M^{me} X. était en traitement à l'hôpital pour tumeur cérébrale.

Rentrée à Genève, elle passe quatre semaines chez elle, beaucoup plus faible à la suite d'une nouvelle crise douloureuse. Elle reste presque continuellement au lit, somnolente, sa jambe droite est paralysée, plus que les autres membres. Elle vomit souvent et ne mange presque plus rien. On se décide à l'envoyer à l'hôpital.

Je la vois le 16 octobre, le lendemain de son entrée, et je note l'état suivant :

La malade est couchée sur le dos, tout à fait inerte et indifférente. Les yeux sont grands ouverts, le regard fixe, avec une expression étonnée. Elle respire lentement et paraît dormir les yeux ouverts; souvent elle ronfle.

On a de la peine à la faire sortir de sa torpeur et elle y retombe après avoir prononcé, d'une façon automatique, seulement quelques phrases, bien articulées, bien composées, mais sans rapport avec la question qui lui est faite.

La vision est conservée, mais il est impossible de lui faire lire un mot à haute voix ou de lui faire dire le nom d'un objet qu'on lui montre.

Elle présente une hémiparésie droite très marquée, avec raideur du bras et de l'avant-bras; sa jambe droite est flasque. On ne peut pas essayer de la faire tenir debout. Quand on la laisse tranquille, elle reste absolument immobile.

Elle n'a jamais été prise de convulsions à aucun moment.

Les réflexes patellaires existent des deux côtés; il n'a pas de signe de Babinsky.

Les pupilles sont égales, réagissent très peu à la lumière et gardent un degré de dilatation moyen.

A la rétention, qui existait à l'entrée, succède l'incontinence d'urine.

Il commence à se former une eschare à la région sacro-fessière du côté droit.

Le pouls est plutôt lent; 60 pulsations.

On institue un traitement spécifique par l'iodure de potassium et les injections de salicylate de mercure, 0,05 cgr.

tion lombaire un liquide mélangé de due à la piqûre. L'examen du culot éléments que ceux du sang normal. s d'eau distillée, forte à dix gouttes

ique pratiqué par M. le prof. Halten- existence de la stase, de l'œdème de 'as d'hémorragie rétinienne.

à l'entrée. L'hémiplégie droite s'ac- nt flasque; la jambe gauche garde e s'étend et se creuse plus profondé- erte. Le réflexe patellaire est nul à s radiaux sont exagérés à droite. Le otés; il est plus marqué à droite. te se renverse en arrière: il y a un

halée appréciable depuis l'entrée à

es températures fébriles depuis le

, comme cela arrive dans un sommeil églutition.

coma complet.

on lombaire, qui donne issue à un 'examen microscopique du culot de globules rouges du sang et de leuco- aissent pas être plus nombreux que e produit faiblement à dix gouttes uide céphalo-rachidien.

nt déviées à droite, d'une façon per- . la respiration est accélérée, haute, es, 132 pulsations). La malade n'a- us en plus. L'urine ne contient que Urée, 23 ‰. Pas de diazoreaction. le coma et la fièvre.

ienin, assistant de M. le prof. Zahn, centrales du cerveau.

les enveloppes hyperémiées, la dure utions aplaties, tous ces signes plus is longitudinal supérieur, un throm- céphalo-rachidien très rare.

œur du corps calleux est altérée et . Il s'agit d'un gliome de consistance ps calleux se continue dans la sub-

stance blanche du centre ovale. Les mesu-
montre qu'il a un diamètre antéro-postér-
avant à 6 cm. du pôle frontal; en arrière :
Il atteint la couche corticale en deux poi-
lobule paracentral, près du bord supérieur,
rier à l'insula. Dans l'hémisphère droit on
ques séparées, qui paraissent être reliées :
L'une pénètre en avant dans la région pré-
stance blanche sans atteindre nulle part l'
dehors et en haut, forme une masse qui se
son grand axe est antéro-postérieur; il a
2 1/2 cm. Ce gliome est généralement fort
contient des foyers jaunâtres, des ecchy-
cavité de la grosseur d'un noyau de cerise,

Le tissu nerveux offre à la limite de la t-
muses et une coloration ictérique comme on
des gliosarcomes. Les grands centres gris
primés. L'épendyme ventriculaire est fort
moëlle est hyperémiee sur toute sa longueur

On trouve en outre un broncho-pneumon-

M. Huguenin a bien voulu faire l'examen
nous communiquer la note suivante :

La tumeur est constituée par un tissu ric-

Les cellules sont caractérisées par un noy-
laire; cette dernière forme prédomine. Les
mensions, il y en a qui ne sont guère plus g-
d'autres qui ont un volume double ou trip-
plasme autour des noyaux. Entre les cellule
fins, qui s'enchevêtrent et dont l'abondanc-
phérie de la tumeur ils sont un peu plus ra-
éléments qui rappellent tout-à-fait la névro-

Les vaisseaux ont des parois minces. Que-
liales sont devenues tout-à-fait cubiques, de
de lumière dans le vaisseau. Il y a passable-
tains endroits les globules rouges ont per-
reste seulement un pigment brunâtre.

La structure de la tumeur est très effacée

En résumé, il s'agit d'un gliome présent
et quelques points nécrosés.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est l-
tômes psychiques qui donne surtout l-
vation.

La maladie semble avoir débuté br-

trois mois, M^{me} X. reste dans un état d'ion mélancolique que l'on peut confondre avec l'asthénie. La céphalalgie survenant par accès se produisant tardivement, quelques troubles moteurs, ces quelques signes ne permettent pas de porter le diagnostic de tumeur cérébrale. On voit aussi bien que les autres phénomènes d'asthénie cérébrale (vertiges, torpeur, modification du sommeil). Au quatrième mois, l'état de la malade nous rapporte qu'elle était somnolente, qu'elle avait une douleur à la jambe droite, que les accès étaient plus fréquents. La période nettement paralytique pendant qu'une dizaine de jours avant

on voit bien la forme clinique décrite par Oppenheim. On peut donc donner le titre de forme psychique indiqué par Oppenheim.

Les troubles asthéniques sont fréquents au début de la maladie, mais ce diagnostic optimiste de neurasthénie à la période d'état des tumeurs cérébrales est erroné.

Considérable sur les troubles psychiques des tumeurs cérébrales, où il a réuni 775 cas, Schuster ne trouve que 17 qui soient étiquetés : tumeur cérébrale à l'origine. Il s'agissait d'un homme de 36 ans, qui souffrait de vertige et d'attaques en apparence épileptiques, souffrait, d'une façon passagère, de délire pendant quelques jours. Pendant 15 années il ne présentait pas de céphalalgie, pas de névrite optique. Au moment de la mort les symptômes prédominants étaient des troubles de la mémoire et une nosophobie très accentuée. Avant la mort il eut de la boulimie et de l'affaiblissement. La mort survint subitement. À l'autopsie on trouva l'existence d'un gliome, siégeant dans la partie postérieure occupant les deux tiers postérieurs de la circonvolution frontale et une partie de la circonvolution pariétale.

Schuster trouve 57 fois sur 775 cas des états d'asthénie.

On ne peut donc porter un diagnostic exact dans un

cas comme le nôtre, où les caractéristiques, nous dirions estimé qu'il s'agissait d'un nous avons écrit sur le bulletin de nature indéterminée.

A vrai dire nous avons cérébrale, et c'est le diagnostic au mari de la malade. La plongée celle-ci, l'air de nous répondait quand nous instant de son état soporeux lytiques et certains faits an voie. Le résultat des ponctions pothèse d'une tumeur. Le mal, ce qui n'aurait pas été toire de la corticalité, où plus ou moins abondants.

Mais il nous manquait les optique et nous sommes perdus de ce déficit, oubliant qu'il y a des hémorragies de la papille, l'en pareil cas.

Si Oppenheim n'en a connu cas qu'il a observés lui-même pour les tumeurs du lobe Martin voit ce déficit s'élever déraisonnable, suivant le siège des dépouillé 600 cas. (La névrose cas de tumeur du lobe frontal du centre ovale; dans 60 cas lieux).

Quant au diagnostic du syndrome les troubles psychiques que nous secourons pour déterminer la lésion crânienne. Pour la plupart des symptômes dépendent ni du siège, ni de la nature, dans ces symptômes généraux attribués successivement à l'œdème ou à l'hypérémie vasculaire par irritation ou par tumeur veineuse intra-cérébrale. La th

tence d'une lésion cérébrale, probablement spécifiques nous instituons un traitement par les trionalles et l'iodure de potassium.

Nous ne nous attarderons pas à la clinique, tout intéressants qu'ils fussent. Le malade ne peut rendre la marche impossible ; il y a une hyperhidrose au côté droit avec sueurs abondantes, tant au côté droit qu'au côté gauche. Absence de convulsions.

À point de vue de l'état psychique, le malade, hébété à l'entrée, répondait mal aux questions. À un état de torpeur beaucoup plus profond, après l'amélioration générale : les troubles psychiques disparaissent, le malade se remet à marcher.

Dans la nuit du 7 au 8 août, il se lève, ouvre les armoires qu'il rencontre dans la chambre, avait pris le soir 1 gr. de trional. Le lendemain il est abattu ; il raconte qu'il s'est égaré.

Le même jour, il est descendu dans la cave, propose de continuer à l'observer avec la malade, moins exploratrice.

Le diagnostic que nous formulons est : tumeur cérébrale, siègeant dans l'hémisphère droit, lobe frontal, en dehors de la région Rolandique.

Le malade meurt subitement dans la nuit du 10 au 11 août.

À l'autopsie, faite par M. le Dr Hugon, on trouve une tumeur de la face interne de l'hémisphère cérébral gauche, lobe frontal, qui est beaucoup plus grande que la normale, faisant une saillie de quelques centimètres, immédiatement en arrière de la scissure frontale. On trouve que la substance cérébrale située en avant de la tumeur est en état de ramollissement jaune.

La pie mère, très riche en vaisseaux, est normale. Les tumeurs, que l'examen microscopique a

La marche de la maladie est bien différente de celle dans le cas précédent. Les troubles psychiques n'ont débuté qu'après l'apparition de la tumeur et d'autres éléments du syndrome de tumeur cérébrale : céphalée, vomissements, éclairs et de flammes, altération de la vision, juillet les deux papilles présentent un œdème généralisé rosé ; les veines sont dilatées. Le liquide céphalo-rachidien est parfaitement normal. À la centrifugation, on ne trouve aucun élément anormal.

Ce qui nous fait rapporter cette observation aux formiques, c'est le délire nocturne se manifestant par la délation, les cris, avec amnésie au réveil. Devic et Cou Devic et Gautier ont signalé des observations de cas plus ou moins d'automatisme ambulateur dans des gliomes du frontal du cerveau.

Nous ajouterons à ces deux cas une observation détaillée nous devons à l'obligeance de M. le prof. Bard et de M. Habel, médecin adjoint. Il s'agit d'un cas très compliqué le fait qu'il peut y avoir plusieurs causes aux troubles psychiques constatés.

À côté de la tumeur cérébrale qui a causé la paralysie motrice et qui peut être la cause des troubles psychiques première période, nous trouverons chez le malade ou une prédisposition héréditaire (suicide du père), un traumatisme crânien et des excès alcooliques comme cause possible des troubles de l'intelligence et du sensorium.

Obs. III. — Traumatisme céphalique en janvier 1901 ; troubles consécutifs ; altération du caractère, alcoolisme, troubles psychiques avec excitation. Janvier-avril 1902 : somnolence, fatigabilité rapidement intense, accès de subdélire. Ponctions lombaires. Phase d'amélioration. Octobre 1902 : démence profonde. Mort. Angiosarcome de la dure

Z., 40 ans, jouit d'une excellente santé jusqu'à une pleurésie de 1900 qui a guéri sans laisser de traces.

A relever dans ses antécédents de famille le suicide du père qui a beaucoup à la suite d'un accident. Un frère est mort poitrinaire à 30 ans.

Un fait important est un traumatisme survenu en janvier 1901. Le malade, qui était garde-voie, est blessé à la joue gauche, par l'aiguille manœuvrait. Il tombe par terre, perd connaissance. Il peut bientôt se lever à pied chez lui, souffrant de sa plaie et d'une forte céphalalgie sur le front et le vertex ; les douleurs persistent les jours suivants.

Il perd peu à peu l'appétit, sans cependant maigrir, sans avoir de vomissements ni même d'état nauséux. Il a par contre, de continuelles bourdonnements d'oreille du côté droit. Dès lors son caractère change, devient irritable. Il est facilement découragé ; il se couche tôt le soir, mais avec la peine à dormir.

Dans le courant de l'été 1901 il commence à avoir de la difficulté à parler ; il bredouille et « mange une partie de ses mots ». À cette époque on remarque qu'il avale de travers à tous moments.

Le 8 septembre, à la suite d'une altercation avec son brigadier, il se met à boire de l'absinthe en grande quantité ; il s'enivre presque chaque jour. Un jour on le trouve ivre-mort dans un fossé.

Son caractère se transforme entièrement. Il devient grossier et brutal avec les siens. Les douleurs de tête augmentent ; il ne mange presque plus et maigrit beaucoup. Il a des insomnies, de l'agitation nocturne, quelquefois même du délire et du somnambulisme. Il se plaint de vertiges. Vers le milieu de décembre 1901, il est pris de vomissements alimentaires, survenant facilement, sans efforts. Ces vomissements se répètent pendant quelques jours. Il consulte alors un médecin qui prescrit de l'iodure de potassium et interdit les boissons alcooliques. Depuis ce moment le malade ne boit que du lait et de l'eau de soude.

Le 6 janvier 1902, l'état s'aggrave. La céphalalgie augmente, les vomissements reparaissent. Le malade divague, il a des hallucinations.

Le 7 janvier il entre à l'Hôpital. A ce moment il paraît déprimé, il a les yeux hagards, sa parole est embarrassée et saccadée ; son front est plissé ; il paraît souffrir de la tête ; il dit avoir des bourdonnements dans l'oreille droite et entendre des sifflements comme s'il était dans une gare. Il se rend compte du temps et du lieu où il se trouve.

Le 12 janvier 1902, M. Lasserre, interne, note l'état suivant :

Homme assez maigre, présentant une cicatrice de 1 cm. au dessus de l'orbite gauche. Il est tranquille la nuit comme le jour, bien orienté, répond assez exactement aux questions qu'on lui pose, mais la parole est encore très bredouillée et confuse. Le pouls est petit, très tendu, régulier : 68 pulsations. Pas d'albumine dans l'urine. Rien à relever d'important dans l'examen des divers viscères thoraciques et abdominaux.

Système nerveux : Le malade est tranquille ; il somnole presque continuellement. Il répond d'abord bien aux questions, puis se fatigue vite et les réponses deviennent passablement confuses lorsqu'on l'a interrogé pendant un moment. La mémoire est en défaut.

Aux membres il n'y a pas de différence de force attribuable à la maladie actuelle.

La langue est manifestement déviée à gauche. Le malade peut ouvrir isolément l'œil droit, mais pas l'œil gauche. Les plis de la face sont un peu moins marqués à gauche qu'à droite. Il n'y a pas de troubles parétiques des moteurs oculaires. Le malade avale souvent de travers.

Il se plaint de fatigue générale. Il se tient difficilement debout, les pieds joints, aussi bien avec les yeux ouverts qu'avec les yeux fermés. La démarche est incertaine ; il y a de la titubation, pas d'ataxie. Il y a un léger tremblement des mains, de la langue et des paupières. On remarque de légères secousses nystagmiformes dans les mouvements extrêmes des globes oculaires.

Les sphincters fonctionnent normalement.

Les réflexes rotuliens sont égaux, un peu augmentés ; les achilléens égaux aussi. Il n'y a pas de trémulation épileptoïde du pied. Le signe de Babinsky existe, peu marqué, des deux côtés.

La pupille droite est légèrement plus grande que la gauche. La réaction à la lumière et à l'accommodation est normale. La vision est conservée des deux côtés.

, dont

est une
sied et
rière »,
es. Les

che est

Il sort
.). On
obules
es 58,
s). Le
quide,

es.
endant
avaler
l.

on ne

souffre
nents.
mener

liquide
opique
se sont
nets ;
breux.
ore la
rtir de
, mais
stal est
ion de
e. Son

a sou-
, 3.
deux

En janvier, légère parésie de l'accommodement, surtout de l'œil droit, coloration rouge plus ou moins étendue, d'hémorragies du fond de l'œil, ni œdème des veines rétiniennes.

Le 18 février, les deux papilles sont un peu gonflées, les veines rétiniennes légèrement engorgées.

Sans écarter absolument le diagnostic, on admettait plutôt à ce moment qu'il s'agisse d'une tumeur cérébelleuse.

Nous perdons de vue le malade jusqu'au 1^{er} novembre 1902.

Nous devons à M. le prof. Weber, qui nous a communiqué les renseignements qui suivent, d'avoir retrouvé le malade.

Z. est arrivé à Bel-air dans l'état d'un paralytique, dans un état de démence profonde.

On note du strabisme convergent de l'œil droit. Le malade présentait une tension normale de la jambe. On ne pouvait le faire tenir debout, il tombait immédiatement.

A l'autopsie on trouve une tumeur extra-durale, située surtout à droite de la base du cerveau, en arrière et en dedans de la protubérance. C'est une tumeur qui a son point de départ dans la dure-mère de la base. Elle s'est soudée secondairement à la dure-mère et a refoulé.

Le nerf de la sixième paire droite est libre. Le nerf de la sixième paire gauche est libre.

La compression directe paraît avoir eu peu d'effets, mais avoir exercé surtout des effets à distance. Dans la fosse cérébrale postérieure elle a comprimé la veine jugulaire.

L'examen microscopique (Prof. Zahn) a montré un sarcome.

La première question qui se pose est celle-ci : la tumeur existait-elle en janvier 1901, ou bien ce traumatisme peut-il avoir provoqué la formation du néoplasme ? On sait que la question est très délicate. Dans un récent ouvrage de M. J. Barret, sur l'étiologie des tumeurs du cerveau, on déclare que le traumatisme est la cause directe dans 96 cas, soit 8,8 %.

ort délicate et doit être examinée dans
er. Dans le notre, il s'agissait, de l'avis
d'un néoplasme de nature bénigne,
être fort lente. Nous sommes enclin
: au moment où se produisit le trauma,
r une commotion cérébrale. Le trauma
circonstance aggravante et accélère
ur existant déjà à l'état latent. Au bout
ection reprend une marche beaucoup
optômes psychiques deviennent prédo-

trauma une réaction inflammatoire des
, il n'a pas été noté de lésion méningi-
ctions lombaires ont montré dans le
sence d'éléments figurés. Il est possible
ocytes constatée le 18 janvier et celle de
22 janvier, soit plutôt le fait de la tu-
n effet le néoplasme était extra-cérébral
certaine irritation sur les méninges.

discuter est le rapport des troubles psy-
e.

altérations du caractère, atteignant le
olie morale, à l'action de la tumeur, en
i dans le sens de la compréhension large
eur est la cause efficiente, en tous cas
des modifications anatomiques ou phy-
erveau, qui sont la source, la cause spé-
psychiques » ?

le ces altérations des sentiments affectifs,
tation nocturne, le délire, les hallucina-
uement par l'alcoolisme ? Nous croyons
s, agissant sur un cerveau pathologique,
ment néfastes, mais que le *primum mo-*
lasme cérébral. Nous nous croyons plei-
iger ce cas, dès 1901, parmi ceux de
à forme psychique, à cause de l'enchat-
assez rapide des événements. Ce n'est
Sommer, de l'alcoolique qui présente des
cérébrale seulement après une longue
quinze ans. En janvier 1902, les troubles
ues sont bien ceux que l'on rencontre

dans les tumeurs cérébrales
de rémission très ca
démence et la paraly

Moins encore que le
fournir l'occasion d'é
bles psychiques et la
Disons seulement qu'
que toute tumeur enc
mentaux, quel qu'en
que pour les prédispo
meur agirait chez e
compression, soit par
que rien n'empêcher
résistant, il faut que
braux déterminés po

Deux remarques en

La première s'adre
surveillance que néce
cérébrales qui sont so
les services généraux
rappellera jamais trop
façon inopinée et sub
vent avoir des conséq
autres. Le malade de
torpeur profonde, est
et d'aller battre ses v
dirigé sur une maison
également être survei

En second lieu nous
fait chez ces trois ma
diagnostic. Nous n'ig
cette méthode d'expl
dans des cas de tume
ponction même répété
pas oublier l'action ne
jeune sujet, d'ailleurs
d'un sarcome diffus, d
et du cerveau.

Nous croyons cepen
ponction dans les cas

quelques centimètres cube
tre remplacer par la m
n prendra soin de ponctio
a constatation de la prés
cellulaires, pourra perme
sme. Dans les lésions inf
t la surface de l'encép
pourra faire reconnaître l'
.ON.

PHIE

d forme psycho-paralytique.

meurs à forme psycho-paralyt

meur à forme psycho-paralyt

le (Etude histologique et pat
e, 1901, XIV.

our cérébrale à forme psycho-
ical, 1902 n° 43.

aralytique. *Nouv. iconogr.*

. Becker 1904.

linique et chirurgie. *Thèse de l*

ontale antéro-supérieure, in 7
8.

gliome du cerveau. *Rev. de*

étude des tumeurs du corps cal

in *Traité de pathologie me*

ongrès français de chirurgie.

encefalici sulle funzione mei

ie u. Diagnostik der Stirnh.
nheilk., XXII, 1902.

ehirns, Spec. Pathol u. Ther

agen bei Hirntumoren, 1902.

ankheiten, 1894.

ale avec prédominance des s
ed. Journ., 1899.

1^{er} Congrès de la Société psy
, *Arch. de neurologie*, 1897.

Etude sur la cytologie du lait de femme de la lactation

par le Dr S. DE PÉRIER

(Laboratoire de la Maternité de Genève)

La question de l'examen du lait a toujours préoccupé les médecins. Pourtant l'ignorance d'aujourd'hui est encore sur le caractère du bon ou du mauvais lait. La vue diagnostique est bien grande. Ce n'est pas le moyen de distinguer le lait convenable de l'enfant de celui qui est simple lait de vache comme quantité particulièrement. N'importe quel médecin consciencieux ne peuvent dire : « Ce lait est vraiment bon pour un enfant » ; en effet, à d'innombrables difficultés de l'examen ; la plus frappante est la difficulté de faire un examen et une analyse du lait. Ces difficultés ont aussi pour résultat que l'on ne se tient à aucun examen chimique du lait, mais simplement à l'état général de l'enfant du nourrisson ; ils fondent en particulier sur la courbe de poids des enfants, qui fait défaut en convenir, les données les plus précieuses ; pas qu'il est du devoir des médecins de reconnaître à l'examen les bonnes qualités du lait relativement à l'alimentation.

Je répète que les obstacles sont généralement : 1° la difficulté de se procurer le lait ; 2° la variation du lait à différents moments de la journée ; 3° la nécessité d'examen répétés ; 4° la peine qu'il faut imposer aux nourrices un régime spécial, même là un manque d'intérêt apparent pour l'enfant ; 5° la difficulté et aussi grave que l'alimentation.

L'analyse chimique ne nous suffit pas. L'examen de l'aspect du lait dans un lait donné, outre la question de la proportion relative de caséine, de lactose, de beurre, ces proportions ne nous renseignent pas sur la valeur nutritive du liquide relativement à l'alimentation. Les propriétés du lait résident probablement

organiques qui doivent échapper à l'analyse

es dernières on s'est servi du microscope. qui ait eu recours à ce procédé d'examen. Avec une technique rudimentaire il a de lait et de colostrum frais. En 1844, il a description magistrale :

orte d'émulsion composées : 1° d'une matière et suspendue à l'état de globules, ces glo- nce à la crème en se réunissant à la sur- suite au beurre ; 2° d'un sérum tenant en ère animale spéciale azotée, spontanément ne), du sucre de lait, des sels et un peu de ; petite portion du caséum y est à l'état de me petitesse. »

microscopiques établissent d'une part que ite toujours au microscope une très grande , les mêmes que ceux de la crème, ayant s physiques et chimiques ; d'autre part, si ous ces globules par une filtration exacte, e clair, transparent comme de l'eau pure, ouve plus de globules, mais de la matière e. La couleur blanche du lait dépend évi- ension de cette matière grasse infiniment

rs ont surtout étudié les questions théori- la nature et la provenance des cellules, ils niner si telle ou telle cellule est épithéliale lle provient des conduits galactophores ou rons quelques-uns de leurs travaux.

ple, dit que les globules de colostrum sont pénètrent dans les espaces glandulaires dès), mais n'est pas encore excrété ; ils absor- graisse non utilisés et les transportent dans es ; ce transport se fait grâce aux mouve- ti ne manquent jamais.

is confirment ces résultats en étudiant des mammaire aux différentes périodes de la ctation. Ces auteurs décrivent dans le tissu olaire des leucocytes dont le nombre aug- ssure que la grossesse évolue et qui auraient

pour rôle d'absorber la graisse non ainsi en globules de colostrum.

Duclert considère les globules comme ayant subi une dégénérescence colloïde dans son traité d'histologie.

L'opinion que les corpuscules du lait ayant subi la dégénérescence graisseuse qu'adoptèrent L. von Buersen, Coën, Nasse, Stricker, Virchow, Will et d'autres cas on n'a jamais trouvé de corpuscules dans aucun épithélium. Sânger affirme qu'il est rencontré dans l'épithélium des alvéoles, qu'ils proviennent peut-être de l'épithélium où ils se trouvent accumulés. Hennel, dans son étude sur les tissus conjonctifs, et à la « *Aufnahme der Plasmazellen* » prennent volontiers la graisse par gouttes, elles deviennent granuleuses comme on le voit dans la dégénérescence graisseuse dans le lait les particules de graisse ne peuvent les considérer, dit-il, comme des Mânes des leucocytes.

La question de la provenance des globules du lait est tout dernièrement. R. Popper a fait des recherches sur l'origine du colostrum et pense que les leucocytes ont une assez grande ressemblance avec les globules du colostrum, mais ne possèdent pas les caractéristiques de ces derniers; les cellules épithéliales des canaux alvéolaires, ces cellules qui prennent la forme granuleuse lorsqu'elles subissent la dégénérescence graisseuse, lui les globules du colostrum proviennent des cellules épithéliales du sein, se chargent de graisse et sont situées dans la lumière de canaux excréteurs de la mamelle.

Escherich admet qu'il existe deux types de globules du colostrum, les uns provenant des leucocytes, les autres de l'épithéliale, mais il ajoute qu'il faut distinguer la caractéristique de ces globules : la granulation.

J. Arnold, à Heidelberg, traite la question de la provenance des cellules du lait; il repr

la phagocytose, d
e plus haut par P
rôle de la phagocy
, il faut quand mê
si fine et si égale
lostrum, et surtoi
s corps granulés q
ien renferment des
ose et synthèse, r
phagocytose est
nulés ; le procédé
blement identique
éral.

surtout, nous mé
atique, de savoir s
ur prédominance
u non sur les qua
risson. M^{me} Lourié
ée les éléments fi
conclusions suivai
aux variétés d'élém
he et des corpuscu
yant un noyau arr

disparaissent de
corpuscules du c
nquième ou sixièm
allaite pas, les cor
ut le temps que d

nents ayant un as
toplasmiques, entr
qu'ont les corpus
ngers, et la présen
asmiqnes seraient
rpuscules, mais c
e entre un leuco
uscule du colostr
que peu ou pas d
ourié ne peut cons
ntrée.

: ANNÉE. — n° 8.

L'examen microscopique du lait sur l'état de division de la matière quantité des corpuscules du colos des leucocytes polynucléaires dans lymphangite ou de galactophorite.

M. Marfan hésite aussi à admettre corps granuleux, parce que ceux-ci

Mais ce sont surtout MM. Weill sur les éléments figurés du colostrum puis M. Gaston Lévy dans sa thèse qui après des recherches systématiques cliniques et cytologiques de l'examen

MM. Weill et Thévenet soutiennent corps granuleux. Ce sont les phagocytes qui lors de la résorption se sont gorgés de débris de lait. Ceci se produit dans toutes les mastites où la sécrétion est insuffisante relativement à la sécrétion normale. Au point de vue cytologique le cas est le même lorsqu'il résulte d'une sécrétion insuffisante, ne renferme guère d'autres éléments que quelques sphérules protoplasmiques, de quelques cellules pour ainsi dire les reliefs de la sécrétion, quelques noyaux isolés pouvant appartenir au myoépithélium sécréteur que des leucocytes rares globules blancs.

L'étude cytologique du colostrum normale ainsi que celle du liquide sécrété dans le lait ou en cas de rétention chez une femme. On peut y voir :

a) Des lymphocytes que leur dépôt au fond du tube, ce qui fait augmenter leur nombre, tiennent jamais de particules de graisse.

b) Des gros leucocytes mononucléaires moins criblés de graisse.

c) Des leucocytes polynucléaires semblables à ceux du sang, les autres au contact de particules graisseuses qu'ils ont absorbées.

d) Des éléments fragmentés semblables à ceux du sang.

Les corps granuleux de Donnè et c.

La présence de ces corps dans le

ifie en somme que l'excrétion ne fait plus
1.

abondant et la sécrétion minime, comme
ès l'accouchement, les mononucléaires,
lente, suffisent à la tâche aidés de quel-
Mais que le lait arrivant en abondance
cuation nulle ou insuffisante, la tension
cteurs n'ont pas le temps de se dilater,
tive devient urgente devant l'encombre-
les chances d'infection s'accroissent, les
t alors en rangs serrés pour renforcer la
terrain.

nucléaires sont d'abord identiques à ceux
ingt-quatre heures plus tard un grand
gorgent de graisse, ils prennent la forme
ique qui les identifie aux gros mononu-

tique, un dépôt centrifugé abondant avec
polynucléaires signifie montée de lait in-
s active et nous fournit un élément de
le à la lactation. Une proportion élevée
ocytes dans le colostrum ou pendant la
d'un mauvais pronostic comme si la lym-
le la transsudation vasculaire. Cette pro-
hocytes serait aussi l'indice que la tran-
rum tend à l'emporter sur la sécrétion

2.

us la direction de MM. Weill et Thévenet,
idé sur 20 observations. Il conclut que le
e quantité relativement considérable de
es, dont le rôle est obscur, et phagocytes
ynucléaires qui une fois gorgés de glo-
itueront les corps granuleux, dont on a
emière description de Donné.

s de la montée du lait, la cytologie de la
paraît n'avoir qu'un intérêt théorique.
endemain de la montée laiteuse et plus
ir même où s'opère le phénomène qu'il
ytopronostic.

mmairement, d'après M. G. Lévy, qu'un
: polynucléaires indique une lactation

active et que ces deux termes soient l'un de l'autre. La précocité de ment un signe favorable. De même épais à la centrifugation dénote question de pourcentage, la quantité considérable. La tendance des microbes témoigne d'une sécrétion plutôt le nombre absolu des éléments est n plus épais.

Les lymphocytes n'ont probablement négative, leur prédominance est signe de phagocytose, renseignement sécrétion. Un culot nul ou insignifiant facile, est un indice nettement phénomène s'observe le jour de la naissance.

Enfin, un pronostic positif, c'est-à-dire avoir une valeur beaucoup plus satisfaisante, c'est-à-dire mauvais. La sécrétion le premier jour, et s'établir dans la sécrétion riche d'emblée à les plus gr finitivement bonne ou au moins satisfaisante.

M. Wallich, dans son très intéressant rapport, résume très nettement les observations que celles de MM. Weill, Thévenet et autres étaient dans des conditions tout-à-fait satisfaisantes. Il attire surtout l'attention suivant le moment de la journée, à l'heure de la tétée. Dans les préparations de lait, tantôt la présence de très nombreux microbes, tantôt l'absence de ces mêmes éléments, corps en croissant, symptomatiques aux mêmes heures, à la même distance.

Au point de vue pratique, comme la cytologie du lait et du mécanisme de la lactation, M. Wallich dit qu'il ne lui semble pas que l'actuelle qu'une chose, c'est l'apparition des lymphocytes proprement dits, et de corps cellulaires, ceux-ci soient ou non des leucocytes, éléments cellulaires paraît correspondre à la pratique. C'est au point de vue de ces observations que nous sommes placés pour faire les expériences que nous allons rapporter.

Technique.

ix était le suivant : Le lait fraîchement pendant dix minutes au moyen d'un Avec une longue pipette nous dissociions sur une lamelle. Les préparations nergées pendant douze heures dans un d'alcool et d'éther, ensuite colorées à l'éosine, déshydratées à l'alcool, éclair- au baume. Nous disons que cela a été car nous avons essayé aussi de fixer au éparations étaient mauvaises. De même riacide d'Ehrlich et au bleu de méthyl- né des préparations satisfaisantes.

ns, multipare, réglée régulièrement, 2 fausses à terme normal, fortes varices, femme très nal le 7 déc. 1904 d'une fille.

deux premiers jours.

7 h. du matin :

nononucéaires	52
cytes	33
éaires	18

8 h. du matin :

près le même. Les cellules en croissant pré-

8 h. du matin :

nononucéaires	16
cytes	80
éaires	4

9 h. du matin :

croissant.

nononucéaires	26
cytes	72
éaires	2

9 h. du matin :

ants ; quelques cellules épithéliales.

nononucéaires	16
cytes	83
éaires	1

réction est si insignifiante qu'on sèvre l'en-

Obs. II. — Femme de 26 ans, repasse-couches, accouchements précédents à t. bien portante. Accouchement normal le .

Prise du lait le 20 déc. à 9 h. du matin

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 22 déc. à 9 h. du-matin

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le même jour après la tété

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 23 déc. à 9 h. du matin

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Bonne nourrice; l'enfant prospère, la r

Obs. III. — Femme de 22 ans. Primip portante. Accouchement normal le 26 sep

Prise du lait le 29 sept. jour de la a Purgation à l'huile de ricin.

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 30 sept. à 9 h. du mati

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Fait passer son lait. Crevasses au sein.

Obs. IV. — Femme de 25 ans, multiples fausse couche. Bien portante. Accouchement au soir, d'une fille.

Prise du lait le 6 déc. à 9 h. du matin

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 7 déc. à 9 h. du matin

Grands mononucléair

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 8 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	62
Lymphocytes	21
Polynucléaires	17

Prise du lait le 10 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	19
Lymphocytes	62
Polynucléaires	19

Prise du lait le 11 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	19
Lymphocytes	72
Polynucléaires	9

Continue à être bonne nourrice ; l'enfant prospère. Rien pour expliquer ces changements dans le pourcentage.

Examen du lait, le 25 déc. à domicile :

Grands mononucléaires	20
Lymphocytes	19
Polynucléaires	61

Obs. V. — Femme de 42 ans. Multipare, sept grossesses, toutes normales, nourrit tous ses enfants au sein. Accouchement normal le 11 décembre 1904, d'un garçon.

Prise du lait le 12 déc. à 9 h. du matin :

Sécrétion insuffisante du colostrum.

Grands mononucléaires	1
Lymphocytes	99
Polynucléaires	1

Prise du lait le 14 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaire	11
Lymphocytes	78
Polynucléaires	11

Prise du lait le 15 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	46
Lymphocytes	51
Polynucléaires	14

Prise du lait le 16 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	45
Lymphocytes	37
Polynucléaires	18

Prise du lait le 17 déc. à 9 h. du matin :

Même pourcentage.

Prise du lait le 19 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	36
Lymphocytes	27
Polynucléaires	37

Très bonne nourrice.

as de fausse couche, bien
r organes génitaux exter-
rs. Seins bien conformés.
çon.

31
56
32

parations.

0
50
50

0
50
40

. Le 26 déc. incision
du sein gauche est abon-

10
24
66

n conformée. Accouche-

23
77
0

: conformée. Accouche-

le la montée du lait :

12
65
24

27
10
63

Prise du lait le 22 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	31
Lymphocytes	43
Polynucléaires	56

Nourrit son enfant ; beaucoup de lait, bonne nourrice.

Obs. XI. — Femme de 29 ans, multipare, cinquième grossesse, tous les accouchements précédents normaux. Enfants bien portants nourris au sein. Accouchement normal le 2 juil. 1904 d'un garçon.

Prise du lait le 5 juil. à 9 h. du matin.

Grands mononucléaires	34
Lymphocytes	26
Polynucléaires	40

Prise du lait le 10 juil. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	56
Lymphocytes	24
Polynucléaires	20

Prise du lait le 11 juil. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	33
Lymphocytes	49
Polynucléaires	48

Bonne nourrice.

Obs. XII. — Femme de 40 ans, multipare, bien portante, bien conformée, onze fausses couches entre 3 1/2 et 6 mois, treize accouchements à terme ; tous les enfants sont vivants, nourris à allaitement mixte. Accouchement prématuré à sept mois ; enfant vivant, mais mort le troisième jour. Accouchement le 2 juil. 1904, d'une fille.

Prise du lait le 5 juillet à 9 h. du matin.

Grands mononucléaires	43
Lymphocytes	63
Polynucléaires	24

Prise du lait le 9 juil. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires	7
Lymphocytes	54
Polynucléaires	49

Bandage et massage des seins.

Obs. XIII. — Femme de 27 ans, multipare, bien portante, bien conformée, pas de fausse couche ; le premier accouchement a nécessité une version ; le deuxième normal. Accouchement normal le 15 déc. 1904, d'une fille.

Prise du lait le 15 juillet à 9 h. du matin :

Jour de la montée du lait :

Grands mononucléaires	46
Lymphocytes	28
Polynucléaires	56

9 h. du matin :

mononucéaires	56
cytes	28
léaires	16

ecoup de lait ; l'enfant prospère.

24 ans, primipare, bien portante et bien con-
s. Accouchement le 2 juil. 1904.

9 h. du matin :

nononucéaires	28
cytes	26
léaires	46

prospère.

Quatrième grossesse, au début petites hémor-
t. Accouchement au 8^e mois le 7 juil. 1904 à
portant de 2720 gr.

9 h. du matin :

nononucéaires	22
cytes	72
léaires	3

9 h. du matin :

nononucéaires	43
cytes	86
léaires	1

9 h. du matin :

nononucéaires	70
cytes	29
léaires	1

9 h. du matin :

nononucéaires	40
cytes	90
léaires	0

ir au sein, mais elle est faible ; on donne le

le 27 ans. Bien portante. Bien conformée.
chement normal. Accouchement le 4 juillet
e 3250 grammes.

ar de la montée du lait, à 9 h. du matin.

nononucéaires	43
cytes	24
léaires	33

11

12

lin :
 ires 30
 33
 37
 lin :
 ires 44
 20
 36
 ès-midi, une he
 ires 41
 12
 47
 lin :
 ires 11
 78
 13
 ment du sein, m

lin :
 ires 12
 51
 37

se va bien.
 lin :
 ires 30
 23
 47

nipare, bien por
 xe masculin mac
 ne.

lin :
 ires 23
 56
 22

atin :
 ires 13
 66
 21

difficile.

ien portante et
 couchement norm
 0 gr.

Prise du lait du 12 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait du 13 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait du 14 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait du 15 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 15 déc. à 3 h. de l'après m.

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 16 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Fièvre 39°; engorgement du sein gauche.

Prise du lait le 17 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Prise du lait le 19 déc. à 9 h. du matin :

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Fièvre, 40°; mastite; massage; elle qu

Obs. XXI. — Primipare. Bien conformée
ral faible. Accouchement le 22 déc. 1904 au
nourrir

Prise du lait le 23 déc. à 9 h. du matin ;

Examen direct.

Éléments graisseux pas très nombreux ; n

Prise du lait le 25 déc. jour de la montée

Grands mononucléaires

Lymphocytes

Polynucléaires

Numération presque impossible. Perd le l

ans, multipare. Les accouchements pré-
nté. Nourrit elle-même ses enfants.

t. 1904, d'un garçon de 3040 gr.

lu matin :

nucléaires	29
	49
	22

t.

CLUSIONS.

pé surtout des trois espèces d'élé-
avons le plus nettement.

nous arrivons en parcourant les
roscopiques confirment en partie
Lévy.

lable du liquide à examiner est

ant est de mauvais pronostic.

iverses espèces d'éléments figurés
e valeur absolue au point de vue

la lactation est abondante, où le
toujours une prédominance nette
trouve souvent un nombre assez
nonucléaires et de lymphocytes.
r, même dans les laits de bonnes
ymphocytes, ni même une diminu-
ments pendant les jours suivant la
le que cela tiennent à la nourriture
it.

ment qu'en prenant le lait de suite
une prédominance très marquée
t XVIII).

rices ou chez celles qui font passer
, sont très peu distincts, la numé-
esque impossible, les lymphocytes
res disparaissent. (Obs. III, IV,

n ou de mastite, il y a une prédo-
ocytes (Obs. XX).

inier qu'il nous soit permis de remercier tout le prof. Jentzer, mon chef, qui m'a beaucoup ce travail très long et souvent ingrat, de même mbert pour ses bons conseils.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- chner med. Wochenschr., 1905. N° 18.
 ur normalen und pathologischen Histologie der Milch-
 träge z. path. Anat. u. Physiol., Bd. II, 1888, p. 83-100.
 ch. Münchner Med. Wochenschr., 1900, p. 753.
 astrum. Prager med. Wochenschr., 1890. N° 32-33.
 , 1889, Ver. 16-19.
 t en particulier de celui des nourrices, Paris, 1837.
 pratique de la sécrétion lactée, Thèse de Montpellier, 1893
 Arch., 1898.
 ièse de Lyon., 1903 et Lyon méd., 13 déc. 1903.
 ition à l'étude des éléments figurés du colostrum et du
 s, 1900-1901.
 le l'allaitement, 2^e édition, 1903, p. 67.
 ge zur Kenntniss der Milchdrüse. Arch. f. mikr. Anat.,
 éd., 1905. N° 9.
 er die Entstehung der Koruchenzellen, Virch. Arch.,
 2-64.
 hes sur la mamelle des nouveau-nés. Arch. de Physiol.
 15, t. II, p. 291-302.
 t. und Physiol. der Milchdrüse. Anat. Hefte Merkel-
 has Colostrum, Virch. Arch., Bd. CLI. 1898.
 és d'Obstétrique et Gynécologie. Rouen, 11 avril 1904.
 .NET. Des éléments figurés du colostrum et du lait chez
 le méd. des enfants. 1908, p. 470 et Lyon méd., 8 août
 Milchabsonderung. Akad. Festschr, Erlangen, 1850.

s de sarcome du vagin chez l'enfant.

gliche Universität Frauenklinik de Tubingue (Prof. Döderlein)
 par le D^r L.-H. AUBERT, assistant.

neurs de nature sarcomateuses qui attaquent
 l de la femme pendant les premières années de
 e du vagin, quoique rare, occupe la première
 e vue de sa fréquence.

dans son *Traité d'anatomie pathologique de la femme*, ne cite aucun cas de sarcome pes, et seulement deux cas décrits pour l'utérus, nous avons pu réunir dans le sarcome vaginal chez de tout jeunes

du vagin, rangé encore par Breisky dans celui de l'adulte, a été déjà étudié par le, Schuchardt; il a fait le sujet de deux s à Pick et à Kolisko, et de quelques ns celles de Gränicher, de Körner et de

sion d'observer à la *K. Frauenklinik* de ue un cas du même genre chez une fil-mi, et dont l'observation va suivre.

.vre la maladie que pendant une fort volution, et, l'enfant étant sortie de la tale, nous n'avons pu nous aider, comme auteurs, des matériaux précieux fournis

mois.

idents héréditaires ne présentent rien de parti-n'en 1904 d'une bonne santé générale. En dé-un an et demi, elle eut une rougeole qui gué-

liensement par un écoulement vaginal d'aspect

Les symptômes se bornèrent d'abord à cet ux, jaunâtre, accompagné d'un peu d'érythème e au début pour une vulvo-vaginite des petites 904, elle rendit par le vagin pendant une mic-du volume d'une noisette. Cette expulsion agie insignifiante; le polype ne fut pas examiné ganes génitaux externes ne révélaient encore la petite malade fut prise un jour de rétention accident céda rapidement après quelques ap-audes.

tite excroissance papillomateuse apparut à la apparence macroscopique fit sans doute songer médecin la conserva néanmoins et l'adressa même temps que l'enfant.

s'aggravèrent, l'écoulement vaginal augmenta

et s'accompagna à intervalles irréguliers de crises de dysurie. L'urine conserva son caractère limpide jusqu'à actuellement.

Les sécrétions vaginales se présentaient irrégulièrement et étaient à certaines périodes plus abondantes, de coloration jaunâtre, tachant le linge. Il n'y eut jamais de pertes sanguines à part l'hémorragie relatée plus haut.

L'enfant est restée en apparence bien portante, elle a conservé son teint normal ; elle n'a pas eu de fièvre, n'a pas maigri.

Les selles ont été régulières, quotidiennes ; elles n'ont jamais contenu de sang.

L'enfant entre à la Clinique le 18 janvier 1905, soit environ trois mois après l'apparition des premiers symptômes.

Etat actuel. — Fillette de 2 ans $\frac{1}{2}$, bien conformée, d'apparence robuste, teint frais coloré, nutrition générale excellente, apyrexie.

On ne constate rien d'anormal au cœur et aux poumons. L'abdomen est souple, non ballonné ; les fonctions digestives se font généralement bien, il y a cependant quelquefois un manque d'appétit assez marqué. Selles régulières, normales. Urine claire, sans albumine ni sucre.

A l'examen des organes génitaux externes on constate un érythème assez accusé de la vulve et de la face interne des cuisses ; ces régions sont baignées par une sécrétion mucopurulente jaunâtre ; la fente vulvaire est légèrement entr'ouverte et entre les petites lèvres apparaît une petite tumeur d'un blanc rose, du volume d'une amande, ovoïde, lisse, de consistance molle, pédiculée et partant de la paroi vaginale antérieure.

L'examen superficiel fait penser à une vulve-vaginite blennorrhagique accompagnée de condylômes.

La recherche bactériologique du gonocoque reste négative.

Narcose légère à l'éther. Position de la taille. On saisit le polype et on l'attire aisément au dehors, on l'extirpe après ligature de la base.

A l'examen digital qui se fait facilement, le vagin étant dilaté et allongé, on constate que cet organe est rempli de masses friables, molles, paraissant occuper surtout la paroi antérieure, mais s'étendant aussi sur les côtés et en haut, remplissant les culs-de-sac vaginaux et paraissant s'étendre de chaque côté et en avant dans le petit bassin. L'utérus n'est pas perceptible. Les végétations irrégulières, fongueuses, rappellent par leurs aspects la môle vésiculaire.

On excise encore un second polype et craignant d'occasionner des lésions plus étendues, l'examen n'est pas poussé plus loin.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Réveil normal.

Le lendemain on enlève la bande de gaze ; plus d'hémorragie, l'enfant est tranquille, sans fièvre.

Elle retourne chez elle deux jours après l'intervention.

Examen histologique. — 1° Le papillome envoyé par le médecin praticien est de la grosseur d'une mûre et en offre l'aspect mamelonné, sa

icules arrondies, inégales. Comme elle a été lance et sa couleur primitive ne peuvent très court, assez épais, est attaché vers le

en des coupes faites au centre de la tumeur s coupes furent colorées les unes à l'hématoxyline selon le procédé de van Gieson. La comparaison examinées à la loupe est celle

une grappe de raisin, est sectionné dans un d'une grande quantité de vésicules arrondies sphériques, les autres ovoïdes, allongées et autres. Les plus grandes de ces vésicules ont jusqu'à un millimètre de diamètre. Elles sont dans la tumeur et s'y ramifient dans les branches d'un arbre.

On constate que les baies sont formées d'un tissu dont la richesse en cellules est variable ; elles sont pénétrées dans toutes les directions.

Elles sont recouvertes par une couche d'épithélium pavimenteux aussi.

À la périphérie sont, comme nous venons de le dire, des zones ; leurs cellules sont peu nombreuses ; quelques îlots cellulaires plus denses. La substance interstitielle est fort développée, elle paraît gonflée, elle a l'aspect d'un liquide réticulé à trame très fine et mince, les cellules pavimenteuses sont

Près du centre de la tumeur, le nombre des cellules est plus grand et le stroma diminue en conséquence ; elles sont si nombreuses qu'elles revêtent un

Le volume des baies est moindre, l'épaisseur de la paroi est plus forte ; elle est constituée par des cellules à tous les stades de leur développement. La capsule qui présente le néoplasme entre la périostite et le tissu conjonctif, n'est pas absolue et uniforme, il y a des exceptions à cet aspect général, cependant surtout pour les baies tout à fait extérieures qui ne trouvent pas en rapport avec leurs congénères celles qui présentent ce gonflement caractéristique.

Dans chaque vésicule est à peu près uniforme ; la zone périphérique est plus riche en cellules

Le tissu conjonctif dense ; à mesure qu'il péné-

à dans la tumeur, son stroma s'infiltré de cellules fusiformes, et par endroits la dénomination de fibrosarcome pourrait fort être justifiée.

La vascularisation est bien développée; les parois des vaisseaux sont épaissies et non en rapport avec leur calibre qui est par endroits fort étroit.

En résumé, il nous semble que cette sorte de tumeur peut être désignée ensemblesous le nom de « papillo-myxosarcome », en effet, à cause de la variabilité de la richesse en cellules, les vésicules de la périphérie rappellent l'aspect du myxome, celles situées plus au centre celui du myxosarcome, et même celui du sarcome.

Les polypes obtenus par l'examen à la Clinique ont la forme d'anneaux longs de 6 à 7 cm., sur 1 1/2 de largeur et d'épaisseur. Ils sont recouverts par un tissu rosé, blanchâtre, transparent, gélatineux, friable, bryonnaire, analogue à la gelée de Wharton. On constate à l'inspection la transparence qu'ils sont sillonnés dans leur intérieur par des vaisseaux chargés de sang. Leur base d'implantation est de consistance plus ferme, de coloration plus foncée, plus opaque, d'un brun rougeâtre, hématique, et elle est séparée par une ligne de démarcation assez nette de la partie du polype.

Pour plus de clarté dans la description, nous diviserons ces polypes en trois parties distinctes, qui présentent du reste aussi des différences histologiques: la base, une portion intermédiaire et la périphérie. Cette dernière constitue la plus grande partie du polype; la base, qui se rattache directement à la paroi du vagin, a une épaisseur de 4 à 5 millimètres; dans la portion intermédiaire se trouve la partie médiane qui est d'une épaisseur variable, mais ne dépassant pas 5 à 6 millimètres.

Si nous allons le voir, la base et la périphérie présentent chacune des caractéristiques microscopiques bien tranchées; la portion intermédiaire a un aspect qui lui est propre, mais les caractères des deux extrêmes se retrouvent sur elle, plus ou moins selon les endroits.

La partie du néoplasme insérée sur la paroi vaginale a pour caractéristique principale la nécrose. Au microscope on y constate la présence d'un tissu interstitiel, homogène, finement réticulé, quoique d'une coloration rosée, dans laquelle on retrouve des restes de noyaux détruits. Par places une forte infiltration de lymphocytes à prédominance nucléaire.

Relevable et important, les nombreux vaisseaux qu'on y trouve, les uns très minces, sont demeurés intacts et dans leur intérieur on voit de nombreux globules rouges bien conservés. Par places, entre les vaisseaux, il existe des foyers hémorragiques interstitiels dans lesquels les hématies sont encore nettement reconnaissables.

La portion intermédiaire. Cette partie se présente sous l'aspect d'un tissu dense de cellules fusiformes enchevêtrées dans tous les sens; les cellules sont serrées intimement les unes contre les autres, soit unies

en abondance offrant alors les caractères du

est elle qui pendait dans la cavité vaginale ;
analogue aux vésicules de la première tumeur,
des cellules fusiformes séparées par une même
matrice entre les cellules et leur substance inter-
médiaire.

Sur les cellules sont partout plus nombreuses,
très nettement délimitées, sur laquelle repose
l'épithélium externe d'épithélium pavimenteux stra-

tes nombreux, présentent les mêmes caractères
leurs parois ne sont formées que d'une seule

et sous tous les rapports au myxome et au
on observe une transition nette, les cellules
sont plus nombreuses, ailleurs le passage est

offre aussi par endroits des formes de pas-
sage constatant des débuts de nécrose avec infiltration
toutefois la ligne de démarcation est en gé-
nérale même portion est à peine reconnaissable
entre les deux autres régions.

morphologiques que nous avons consi-
dérées à ranger cette tumeur dans la caté-
gorie étudiées sous les dénominations de
goutteuse Sarcoma), de *Sarcoma*
sarcome polypeux du vagin, de *Sar-*
enfin de myxosarcome.

Le sarcome en grappe n'est pas une
tumeur des parois vaginales ; des tumeurs
observées chez l'adulte par Spiegelberg, Per-
dewé et d'autres ; elles prenaient leur
origine du col de l'utérus.

Un important travail sur le sarcome de
vagin, tableau seize cas publiés de ces tu-
meurs elles s'étaient rencontrées chez des
surtout chez des enfants. A ce propos,
en passant le rapport de fréquence
selon l'origine, le sarcome en grappe
l'emporte. Tandis que chez le premier nous
avons des cas de tumeurs provenant des parois

vaginales, nous n'avons retrouvé aucune observation de sarcome du vagin en forme de grappe chez le second. Le tableau de Gessner démontre inversement la plus grande fréquence du sarcome du col utérin chez les sujets adultes. Le vagin infantile aurait donc une prédisposition incontestable pour le développement de ces néoplasmes, prédisposition qui s'explique du reste comme nous le verrons plus loin.

Les images macroscopiques et microscopiques que nous avons décrites, soit pour l'une soit pour l'autre de nos préparations, concordent sur presque tous les points avec les descriptions données par Kolisko et par les autres auteurs pour les cas de sarcome vaginal chez l'enfant, ainsi que par Pick et Gessner à propos du sarcome de la muqueuse cervicale. Partout, aussi bien dans le jeune âge que chez l'adulte, la forme en grappe ou en lambeaux a été nettement constatée et décrite, et ceci, dès que les masses néoplasiques faisaient leur apparition dans des cavités où elles pouvaient végéter à leur aise. Le microscope révélait de même la présence de cellules fusiformes ou rondes, souvent d'un mélange des deux variétés entourées d'un stroma myxomateux en quantité variable selon les endroits, ainsi que de nombreux vaisseaux.

Pfannenstiel et Pick auraient observé quelques cellules géantes ; Kolisko et Hauser ont reconnu la présence de fibres musculaires striées. Le premier attribue à ces dernières une origine métaplasique : elles seraient même pathognomoniques (?) ; nous même ne les avons pas rencontrées malgré un examen soigneux ; Kolisko, il est vrai, ne les a trouvées que dans certaines portions de la tumeur situées profondément et c'est ce qui amène Pick à penser qu'elles proviennent de l'infiltration des muscles du bassin.

Ce dernier auteur aurait en outre constaté des restes d'épithélium glandulaire dans les coupes provenant de son sarcome du col chez une fillette. -

Les polypes et les vésicules présentent dans les descriptions un revêtement épithélial. Ce revêtement est de nature différente selon que le néoplasme provient d'une muqueuse à éléments cylindrique ou à éléments pavimenteux. Notre cas d'origine vaginale offrait une couche d'épithéliums pavimenteux ; dans d'autres on constatait la présence de cellules cylindriques, ou bien des deux variétés, par suite de l'invasion commune de l'utérus et du vagin.

La nature embryonnaire basée sur l'aspect foetal des proliférations, la forme en grappe particulière au sarcome du vagin et du col de l'utérus a fourni matière à discussion ; nous savons que cet aspect spécial n'est pas uniquement dévolu au premier âge ; les formations vésiculeuses en forme de grains de raisin ou de lambeaux mous qui font penser au premier abord à du tissu embryonnaire, s'observent aussi, comme nous l'avons vu, dans les tumeurs du col de l'utérus des femmes âgées. Elles font leur apparition lorsque le néoplasme prolifère dans le vagin ; le sarcome de la muqueuse cervicale, dès qu'il parvient à se frayer un passage à travers l'orifice externe, revêt les mêmes caractères en pénétrant dans la cavité vaginale ; tant qu'il reste cantonné dans le col, ses cellules sont serrées et nombreuses, arrivé dans le vagin il trouve le champ libre et prend rapidement la forme et la consistance décrites.

Plusieurs auteurs avaient estimé avoir à faire à du myxosarcome. Steinthal, Schustler avaient posé ce diagnostic, nous-même l'avions porté au début et l'avons abandonné ensuite pour nous rattacher à l'opinion de Pick et de Gessner et faire de l'œdème dû à des troubles circulatoires le principal facteur du développement en grappe.

Gessner donne l'explication suivante à propos de cette formation caractéristique : la forme primitive n'est point la grappe ; au début les tumeurs présentent seulement un aspect papillaire ; plus tard, grâce à l'obstacle apporté à la circulation de retour, il se produit un œdème, une stase, les proliférations ne se trouvant plus comprimées dans la lumière du vagin prennent alors cet aspect vésiculeux.

Dans les fragments que nous avons examinés, il nous a été possible de contrôler l'exactitude de cette assertion et ceci surtout dans le second, obtenu à une période plus avancée de la maladie. La pression réciproque exercée à la base d'insertion par les polypes serrés les uns contre les autres avait probablement été une des causes de la nécrose ; la portion intermédiaire présentait l'aspect ordinaire du sarcome, la compression n'était plus assez forte ici pour amener la mort des tissus, mais cependant suffisante pour empêcher la tumeur de revêtir la formation présentée dans les parties libres, flottant dans le vagin.

Nous avons constaté l'intégrité à peu près parfaite des vaisseaux traversant les territoires nécrosés, la nutrition des parties périphériques n'était entravée que par l'obstacle apporté à

la circulation de retour, au niveau des points d'attache des polypes. De même dans le premier papillome extirpé à domicile, le gonflement plus marqué, l'œdème plus intense des vésicules extérieures contrastant avec l'aspect dense des parties centrales sont encore en faveur de la nature simplement hydropique et de l'explication dynamique qui ferait ranger ces tumeurs sous le nom de sarcome œdématié.

L'opinion admise par quelques auteurs qui considèrent ces néoplasmes comme des myxosarcomes proprement dits, est appuyée par les assertions des observateurs qui auraient essayé la réaction de la mucine et en auraient constaté la présence. Pernice, Kahlden, Mundé, Soltmann, Steinthal, Schustler sont de ce nombre ; leurs résultats portent aussi bien sur les cas de sarcomes du col d'adultes que sur ceux provenant de vagins d'enfants. Pick rapporte, il est vrai, cette présence de mucine aux mêmes phénomènes de stase ; ceux-ci auraient selon toute probabilité une influence sur les jeunes cellules sarcomateuses et ces dernières trouveraient dans l'œdème la quantité de liquide nécessaire pour leur permettre à leur tour d'élaborer de la mucine. Il faut convenir que cette théorie, toute ingénieuse qu'elle puisse paraître, n'est encore étayée sur aucune preuve certaine.

D'après cette étude, il paraît indubitable qu'il existe un rapprochement étroit au point de vue morphologique entre les tumeurs infantiles et adultes, provenant les premières du vagin, les secondes du col utérin. Cette analogie dérive-t-elle de ce que toutes deux prennent naissance dans les régions superficielles des muqueuses ? nous sommes enclin à le penser ; seule la fréquence et l'âge permettent de différencier ces deux affections dont la durée est sensiblement la même comme nous le verrons plus loin.

Il nous paraît nécessaire de dire encore quelques mots sur le sarcome primitif du vagin observé chez les adultes et qui revêt des caractères anatomiques et cliniques bien différents. Cette tumeur se présente, d'après les descriptions de Horn, de Klein et de Gebhard, soit comme une néoformation circonscrite, dense, pouvant être encapsulée soit sous la forme d'une infiltration diffuse, quelquefois en anneau, de la paroi vaginale. Elle ne revêt jamais les aspects que nous venons d'étudier dans les pages précédentes ; elle siège indifféremment sur toutes les parois, enfin elle donne lieu fréquemment à des métastases éloignées et présente parfois des caractères mélaniques. L'interprétation donnée

à cette diversité bien tranchée est que ce sarcome a son point de départ dans la sous-muqueuse, et qu'en se développant il a à lutter contre des tissus âgés fermes et denses, et beaucoup plus résistants que ceux de l'enfant.

L'étiologie du sarcome en grappe a donné naissance à plusieurs opinions différentes. Cependant cette question n'est pas encore nettement élucidée. Steinthal, s'appuyant sur le jeune âge des malades et sur l'aspect embryonnaire des excroissances, établit une différence nette entre le sarcome infantile et celui des adultes; d'après lui la question congénitale jouerait un rôle principal.

La tumeur se rapporterait-elle à l'évolution des canaux de Muller, faut-il invoquer ici la théorie de Cohnheim?

En admettant, ce qui n'est point le cas comme nous l'avons déjà vu, la nature embryonnaire du néoplasme, l'origine dans les canaux de Muller pourrait paraître plausible au premier abord; nous rappellerons que ces organes passagers se divisent en deux parties: l'une supérieure, destinée à former l'utérus et les trompes est tapissée de cellules cylindriques; l'autre inférieure, qui produira le vagin, est compacte, constituée par des cellules cubiques riches en protoplasma et identiques; toutefois la transition entre ces deux segments n'est pas nette et il existe dans leur texture un passage graduel entre eux. Mais en s'appuyant sur les données admises à l'heure actuelle, cette première hypothèse n'est pas admissible, vu la nature conjonctive du néoplasme et la nature épithéliale des canaux de Muller.

La dégénérescence de papillomes bénins a été admise par Kollisko qui rappelle le cas de Demme; il la compare logiquement à ce qu'on observe parfois dans les nævus du tégument externe qui, comme on le sait, peuvent devenir le point de départ de sarcomes; d'autre part nous devons ajouter que des polypes cervicaux à marche lente et dont l'allure clinique était bénigne ont présenté à l'examen histologique les caractères du sarcome, la malignité s'étant alors manifestée par des récidives locales et rapides. Gebhard a observé un cas de ce genre; il insiste sur ce point et confère à de semblables excroissances le qualificatif de malignité latente.

Pour Ahlfeld, la tumeur se développe aux dépens des restes des excroissances papillaires découvertes par Dohrn sur la paroi vaginale vers la dix-huitième ou la dix-neuvième semaine de la vie utérine. Ces formations papillaires, ainsi que le démontre

d'une façon précise une figure donnée par Amann, représentant une coupe longitudinale du vagin et de l'utérus dans la seconde moitié de la vie foetale, et comme nous avons été à même de constater nous même sur une préparation de la clinique, ces excroissances papillaires, disons-nous, occupent la muqueuse du vagin et le col de l'utérus; bien développées chez les nouveau-nés, elles s'aplatissent avec l'âge, et ce sont elles qui par leur hypertrophie donnent naissance aux condylomes et aux papillomes bénins.

Enfin Pfannenstiel croit avoir trouvé l'origine du sarcome dans l'endothélium des capillaires sanguins et lymphatiques. Pick s'oppose à cette manière de voir, car, dit-il, il n'a trouvé nulle part autour des vaisseaux une prolifération plus intense des éléments cellulaires qui pourrait faire admettre cette hypothèse. Nous même avons constaté que cette prolifération existait, non pas autour des vaisseaux, mais bien dans les couches périphériques des tumeurs, ce qui nous amène à nous rattacher à l'opinion d'Ahlfeld et à penser que la source du néoplasme se trouve dans les couches tout à fait superficielles, sous-épithéliales des papilles de la muqueuse vaginale.

En effet, si nous adoptons cette manière de voir, il nous est aisé d'établir au moyen de ces dernières données et des anamnestiques la corrélation existant entre notre première tumeur d'aspect nettement papillomateux et les proliférations plus informes excisées un mois plus tard.

Le papillome qui apparut au mois de décembre 1904 n'était point préexistant comme dans le cas de Demme; lorsqu'il sortit de la fente vulvaire, l'affection était probablement déjà assez avancée; il existait en effet depuis quelques jours des troubles de la miction, indiquant une infiltration des couches profondes de la cloison vésico-vaginale.

Cette tumeur d'aspect papillomateux, d'apparence bénigne au premier abord, revêtait déjà au microscope une forme de grappe et présentait des signes de malignité certains, ce qui nous amène à la considérer comme une forme de passage, forme jeune et près du début, gardant encore jusqu'à un certain point la structure papillaire primitive, quoique possédant déjà une « malignité latente ». Nul doute que dans la suite cette petite tumeur laissée à elle-même serait devenue victime de l'anarchie néoplasique et aurait revêtu les caractères observés plus tard chez ses congénères.

La marche et le développement du sarcome du vagin sont ceux qu'on observe dans les tumeurs malignes de l'enfance, c'est-à-dire qu'ils présentent une allure rapide. Envahissant plus ou moins rapidement les organes contigus et voisins, le néoplasme infiltre la paroi vésico-vaginale, s'étend à la vessie, à l'utérus, aux ligaments larges et pénètre enfin jusque dans la cavité péritonéale.

Il nous faut cependant faire ressortir sa tendance à affecter le réservoir urinaire et l'invasion précoce de celui-ci qui était atteint dans tous les cas publiés, observés à une période plus ou moins éloignée du début, tandis que, particularité intéressante, le rectum n'a pas que nous sachions jamais été envahi ; les fonctions de ce dernier sont restées indemnes même dans les cas fort avancés, alors qu'il existait déjà des métastases régionales dans les autres organes du bassin (cas de Marsh, Sängér, Ahlfeld). Cette intégrité du rectum est attribuée par Pick au diamètre et à la mobilité plus grande de cet organe, qui lui permettrait de se dérober (?) Le même auteur attribue aussi un rôle prépondérant à la distribution vasculaire par laquelle se généralise la tumeur.

Le fait que la tumeur a une prédilection spéciale à se développer sur la paroi antérieure du vagin est certainement la cause principale de l'invasion précoce de l'urètre et de la vessie. Toutefois, nous rappellerons le cas rapporté par Körner dans lequel le sarcome prenait son point de départ sur la face postérieure et celui de Demme où la tumeur provenait d'une des parois latérales ; dans tous deux les fonctions urinaires n'étaient point non plus restées indemnes.

La vessie infiltrée ne tarde pas à se dilater ; Kolisko cite dix cas où il existait de la rétention urinaire. Notre petite malade avait déjà présenté les mêmes symptômes. Il est du reste aisé de les expliquer par des causes mécaniques et fonctionnelles ; les premières résultent de la compression sur le bas fond et le col de la vessie, ou sur l'urètre, ou de l'oblitération de ce dernier par des masses néoplasiques qui combrent sa lumière et même arrivent à se faire jour à l'extérieur ; l'élévation de l'utérus refoulé donnant lieu à des tiraillements sur le col de la vessie a été elle aussi considérée comme une des causes de la rétention urinaire. Quant aux causes fonctionnelles, elles résultent de la destruction du muscle vésical et de la dysurie ; l'enfant souffrant à chaque miction retarde cet acte le plus longtemps possible ;

la cystite fait bientôt son apparition ; elle est elle-même suivie d'infection rénale ascendante ; dans presque tous les protocoles d'autopsie la pyélonéphrite a été constatée.

L'utérus et ses moyens de support sont aussi envahis à leur tour. Ahlfeld a observé l'infiltration de l'utérus et des ligaments larges ; dans le cas de Pick les lésions étaient encore plus avancées, les paramétriums, le tissu péricervical étaient le siège d'une gangue néoplasique diffuse enrobant l'utérus et s'étendant jusqu'aux parois du bassin. La cavité utérine a présenté à plusieurs reprises de la dilatation avec pyométrie ; les observations de Sānger, de Pick en font foi ; l'infection propagée de l'utérus au péritoine a provoqué la péritonite purulente qui a été aussi constatée.

Les métastases éloignées, à l'encontre de ce que l'on observe chez l'adulte, sont rares chez les enfants ; dans le cas de Demme une tumeur secondaire de la grosseur d'une orange s'était développée dans l'ovaire gauche ; tous les autres protocoles mentionnent que les organes internes, foie, poumons, rate, cerveau, ne présentaient pas de noyaux secondaires.

La facilité avec laquelle les masses néoplasiques se nécrosent expliquent aisément les lésions inflammatoires secondaires : cystite, pyélonéphrite, pyométrie et enfin péritonite, qui jouent un grand rôle dans les dernières périodes de l'affection.

La durée moyenne du sarcome du vagin ne dépasse pas un à deux ans, depuis le début des premiers symptômes jusqu'à l'exitus. Le cas de Demme fait seule exception : l'enfant portant déjà sa tumeur à la naissance a vécu jusqu'à l'âge de sept ans ! Traitée depuis l'âge de cinq ans et demi elle aurait succombé après trois tentatives opératoires infructueuses.

Les opérations incomplètes ne paraissent pas avoir allongé la vie des malades.

Chez l'adulte la durée du sarcome en grappe du col s'est étendue d'après le tableau de Gessner de neuf mois à trois ans et demi avec une moyenne de un à deux ans, la même que celle que nous venons de constater pour celui du vagin chez l'enfant.

Les premiers symptômes de la maladie ont été remarqués en général par la mère de l'enfant ; tantôt l'apparition de la tumeur à la vulve, tantôt l'écoulement vaginal jaunâtre en quantité variable ont été notés les premiers, puis surviennent les troubles urinaires, légers d'abord, parfois intermittents, se traduisant par la dysurie et la rétention, l'urine pouvant rester limpide et claire comme dans notre cas.

de constater que les polypes peuvent au à la fente vulvaire que pendant les actes tirer ensuite dans la cavité vaginale ; il peut fragment de polype nécrosé à sa base se dé- au dehors.

l'écoulement vaginal peut être pendant ne constaté *de visu*, alors que le néoplasme ment une extension le plaçant en dehors l'intervention radicale. Un polype, même appa- tre pris pour un papillome bénin dû à l'écou- ; opérations incomplètes et répétées dans rent que la gravité du néoplasme n'avait nue de prime abord. Notre fillette n'a-t-elle me atteinte de vulvo-vaginite infantile ? Le

n'a été posé avec certitude que lors de se.

le constater la désharmonie existant entre sion des lésions et l'état général excellent malade ; l'enfant avait bonne apparence, pect florissant d'une parfaite santé, et le envahi le petit bassin ! Cette désharmonie, as, a pu certainement égarer le diagnostic it les dernières phases de la maladie, car il e les désordres urinaires graves et la péri- ène, le tableau ne tarde pas à changer et léclinent rapidement.

enrayer la marche fatale par l'opération ? dre par l'affirmative. Schuchardt et Israël le guérison à leur actif. La thérapeutique, ire, sera celle de tout néoplasme ; le siège r à la paroi antérieure du vagin rendra le exérèse radicale fort difficile, l'opérateur 'étendue des lésions.

rpé dans son cas toute la moitié inférieure postérieure ; la guérison se maintenait en- is après l'opération ; dans le cas publié par ait d'une enfant de neuf mois chez laquelle ation totale du vagin et de l'utérus pour un vaginale gauche, l'opération fut abordée crée ; le bébé supporta cette mutilation e graves interventions valent donc la peine gré les résultats problématiques qu'elles

sont en mesure de donner dans la suite; plus tard des opérations plastiques pourront dans certains cas remédier aux difformités causées par le traitement radical.

Malgré ces deux cas heureux, le pronostic reste des plus sombre, la mortalité n'en demeure pas moins au chiffre effrayant de 89 % sur le total des cas publiés.

Nous appuyant sur l'enseignement que notre cas a pu nous donner, nous voudrions insister encore avant de finir sur la nécessité du diagnostic précoce et différentiel avec les condylomes et papillomes bénins et surtout avec la vulvo-vaginite des petites filles.

Lorsqu'il n'existe pas de signes certains, fournis soit par l'anamnèse, soit par la constatation de l'existence du gonocoque dans les sécrétions, un examen complet sous narcose devra être toujours pratiqué, et si la présence de végétations polypoides même d'aspect inoffensif est constatée, une biopsie suivie d'un examen histologique immédiat sera la conduite rationnelle à tenir afin d'éviter de terribles erreurs.

Il nous est un devoir agréable en terminant de remercier notre très honoré chef, M. le prof. Döderlein, pour l'autorisation qu'il a bien voulu nous donner de publier ce travail, et M. le prof. von Baumgarten pour sa bienveillance et ses précieux conseils.

Résumé des cas publiés de sarcomes vaginaux chez l'enfant.

1. MARSH. — Enfant d'un an. Au début la mère remarque un polype sortant du vagin. Six opérations suivies de récidives. Incontinence d'urine, douleurs, ténésme, hémorragie et écoulement sanieux, invasion de l'urètre, dilatation de la vessie. Point de départ du néoplasme : paroi antérieure du vagin. Mort à 2 ans, 4 mois.

2. SÆNGER. — Enfant de 2 ans 8 mois. Sarcome médullaire à cellules rondes provenant de la paroi antérieure du vagin. Deux opérations, récidive, pyométrie, péritonite. Mort à 3 ans, 6 mois.

3. SOLTSMANN. — Age du début 1 an 6 mois, myxosarcome de la paroi antérieure du vagin, invasion de la vessie. Opération, récidive. Mort à 2 ans, 6 mois.

4. STEINTHAL. — Premiers symptômes à 1 an, 4 mois. Myxosarcome de la paroi vaginale antérieure. Deux opérations récidives rapides. Mort à 3 ans.

5. DEMME. — Premiers symptômes à la naissance. Petite tumeur jusqu'à 5 1/2 ans, puis développement plus rapide, Trois opérations avec récidives, envahissement de la vessie. Point de départ : paroi vaginale antérieure. Mort à 7 ans.

6. HAUSER. — Enfant de 6 mois. Sarcomes à cellules fusiformes et rondes, pédiculé de la paroi vaginale droite. Opérations récidives. Mort à 2 ans ?

7. SCHUSTLER. — Premiers symptômes à 3 $\frac{1}{2}$ ans. Myxosarcome à cellules fusiformes de la paroi vaginale antérieure. Mort à 4 ans, 4 mois.

8. AHLFELD. — Enfant de 3 ans, 3 mois. Fibrosarcome de la paroi antérieure du vagin; envahissement de l'utérus, des ligaments larges et de la vessie. Mort sans opération.

9. KOLISKO. — Enfant de 18 mois. Polypes de la paroi intérieure du vagin remarqués par la mère. Trois opérations, récidives, rétention d'urine, par invasion de l'urètre rempli de végétations, péritonite, cystite, pyélonéphrite, hydronéphrose droite, fibromyxosarcome. Mort à 3 ans.

10. KOLISKO. — Enfant de 1 ans. Myxosarcome de la paroi vaginale gauche; ablation, récidives, pyométrie, péritonite suppurée. Mort à 2 ans.

11. KOLISKO. — Enfant de 18 mois. Myofibrosarcome; opération, péri-suppurée. Mort à 3 ans.

12. BABES. — Sarcome à cellules fusiformes du vagin. Début (?). Age de la mort (?).

13. KÖERNER. — Enfant de 2 ans. Sarcome du vagin, envahissement de la vessie, rétention d'urine. Opération, récurrence rapide. Mort à 2 $\frac{1}{2}$ ans.

14. BRAUN. — Enfant de 5 ans. Tumeur en grappe. Opération, curetage, récurrence, mort. Durée de l'affection : 2 ans.

15. SCHUCHARDT. — Enfant de 7 mois. Sarcome à cellules rondes et fusiformes de la paroi vaginale droite, récurrence. Mort à un an.

16. SCHUCHARDT. — Enfant de 2 ans. Tumeur polypeuse de la paroi vaginale postérieure, extirpation récurrence. Seconde opération suivie de guérison. Sarcome à cellules fusiformes et rondes.

17. HOLLÄNDER. — Enfant de 9 mois. Sarcome de la paroi vaginale droite et antérieure, envahissement de l'utérus. Opération, extirpation totale de l'utérus et du vagin, sarcome à cellules fusiformes et rondes. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. *Archiv. für Gynäk.*, Bd. 16, p. 135.

AMANN. *Lehrbuch der mikroskopisch gynäkologischen Diagnostik*.

BRAUN. Ueber die traubenformige Sarcome der Vagina und Uterus. *Thèse de Greifswald*, 1896.

GRÄNICH. *Thèse de Munich*, 1088.

GEBHARD. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*. Leipzig, 1899.

GESSNER. *Das Sarcoma Uteri*, Wiesbaden, 1899.

HOLLÄNDER. Extirpation des Uterus und Vagina bei einem monatlich Kinde. *Centralld. für Gyn.*, 1896, p. 126.

KOLISKO. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1889.

PICK. Ueber Sarcome der Uterus und der Vagina im Kindesalter. *Arch. für Gynäk.*, Bd. 46, p. 191.

SÄNGER. *Ibid.*, Bd. 15, p. 56.

SCHUCHARDT. *Zweiter Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynæk.*

SCHUSTLER. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1888. n° 6-9.

STEINTHAL. *Virchow Archiv*, Bd. 111, p. 449.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1905 à Leysin

Présidence de M. Aug. DUFOUR, président.

80 membres présents.

M. le prof. Dr *Casimir Strzyzowski* est reçu membre de la Société.

MM. GALLI-VALERIO et LASSUEUR présentent les résultats des premières recherches qu'ils viennent d'entreprendre sur la *présence des spirochètes* dans les lésions syphilitiques (voir p. 479).

M. HENSLER, directeur du Sanatorium populaire de Leysin est d'autant plus heureux de voir réunis un si grand nombre de confrères que jusqu'à présent les médecins en général ne connaissent pas assez les Sanatoria. Il parle ensuite du *rôle du sanatorium d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire* :

Le sanatorium est actuellement le moyen le plus économique pour le traitement des tuberculeux, pourvu que cet établissement soit rationnellement bâti et administré. Le Sanatorium populaire de Leysin compte actuellement plus de 110 lits. Il n'a coûté que 450.000 fr. environ, le lit y revient donc approximativement à 4000 francs. Il reçoit des malades pour le prix de 2 à 5 fr. par jour ; 24 malades sont envoyés gratuitement par l'Etat de Vaud. Avec l'aide de 20.000 fr. environ de dons en 1904 on est parvenu, malgré des prix si modestes, à suffire aux dépenses, comprenant près de 38.500 journées de malades et les améliorations considérables qui ont été apportées. Les malades reçoivent trois grands repas par jour, du lait trois fois par jour, des œufs ou de la viande crue suivant les cas. Tous les médicaments sont gratuits ainsi que les bains. On augmente actuellement le nombre des chambres de bains pour les porter à neuf. Outre le bon marché du traitement, le Sanatorium rend d'autres services non moins importants :

Nulle part le malade n'apprend mieux à connaître sa maladie si trompeuse grâce à ses conversations quotidiennes avec son médecin et avec les autres malades. Comment obtenir ailleurs d'un tuberculeux qu'il continue à garder le lit pendant des semaines ou à rester sur la chaise longue quand il n'a que peu d'expectoration et de toux et que sa fièvre, quoique peut-être élevée (39°), ne l'incommode pas, car il est à noter que bon nombre de malades se sentent plus à l'aise pendant un accès de fièvre. Ce n'est que par induction mentale, quand ils prennent régulièrement leur température, qu'ils commencent à s'inquiéter de ce symptôme. En outre au sanatorium un malade sert à l'autre soit comme exemple à éviter soit comme modèle. Le nouvel arrivé qui voit cent personnes faire

ner trouvera bien plus naturelles des pratiques trait qu'avec difficulté, traité isolément, comme la température régulièrement, de faire sa cure leusement, de ne cracher que dans son crachoir. alcooliques comme elle est usitée au Sanatorium facile dans une société nombreuse que pour un air que d'heureuses conséquences pour l'avenir n'ont jamais bu de l'eau auparavant apprendre pendant des mois. La lecture de brochures et de l'antituberculeuse est également utile et est des malades de Leysin. Il y a certainement aussi tuberculeux soient avec leurs semblables quand début. Ils auront ainsi moins l'impression micile, où il y a toujours une différence, qui es autres membres de la famille, autrement ils ar cure.

ent aussi bien dans un sanatorium de la plaine ». Il en existe d'autres qui sont propres à ce Leysin se distinguent par le magnifique panorahabitants. Une vue si large, si majestueuse sur ts du Midi, de Morcles et le massif du Mont-e forêts de sapins et de vertes prairies ne peut plus heureuses sur le moral aussi bien que sur . Tous les sanatoria d'altitude, quoique n'offrant loresque, ont pourtant des caractères essentiels soient placés dans des positions bien choisies. ait commencé à analyser ses effets physiologi-fluence salubre du climat d'altitude a été mise malades. Mais ce grand facteur n'a pu être entre les maladies respiratoires avant que le s de fer et des autres facilités de la vie moderne sites régénérateurs que nous sommes fiers de pays.

eux et des plus objectifs comme par exemple s du Dr Schmid, directeur du bureau sanitaire ifférence de mortalité en faveur de l'altitude. , avec une population ouvrière des plus denses, r tuberculose très inférieure aux villes de la dables ont été publiées par Turbau pour le ssède des villages étroitement bâtis, quoique industrielle. Il est fréquent en Suisse que tel ni à cause de l'état de ses poumons ne peut dans la plaine, se réfugie dans la montagne. is un discours prononcé à Stuttgart en 1899 illemand de Davos : « Beaucoup de médecins

ont refusé de reconnaître les effets salutaires de l'altitude et beaucoup d'autres n'en ont encore aujourd'hui aucune idée juste, mais tous les scrupules, tous les doutes ont été vaincus par le fait qu'il y a réellement beaucoup de tuberculeux qui reviennent d'un séjour à l'altitude complètement ou partiellement guéris. • Nombre d'autres autorités médicales se sont prononcées dans le même sens, entre autres Théodore Williams qui en comparant des malades du même degré a trouvé que ceux qui avaient séjourné dans les stations élevées avaient obtenu des résultats de beaucoup supérieurs à ceux traités à la Riviera, à domicile, ou par des voyages sur mer.

Quels sont les facteurs principaux qui exercent une si grande influence sur l'état de nos malades? Ce sont : 1^o la pureté de l'air, 2^o sa sécheresse, 3^o l'intensité de l'insolation, 4^o la diminution de la température, 5^o la diminution de la pression barométrique.

1^o *Pureté de l'air.* — De nombreuses recherches ont fait constater que l'air de la plaine, notamment dans les villes, et celui de la haute montagne présentent des différences considérables quant à la proportion de microbes qu'ils renferment. Cette proportion est infiniment petite à une altitude dépassant 2000 mètres et augmentée d'autant plus qu'on se rapproche de la plaine et des localités où la densité de la population est plus considérable. Le nombre des microbes étant insignifiant à la montagne, le repos au grand air peut y avoir une influence très favorable. On se débarrasse plus facilement de ses microbes parce qu'on en aspire beaucoup moins que dans nos villes et les infections mixtes sont d'autant moins fréquentes. Cette pureté ne provient pas seulement de l'absence d'exhalaisons malsaines comme on en rencontre dans les endroits très peuplés et industriels, mais aussi de l'intensité de l'insolation qui est en même temps d'une qualité plus destructive pour les microbes (rayons ultra-violet), ainsi que du fait que le sol est recouvert de neige en hiver et que l'air est sec.

2^o *Sécheresse de l'air.* — Celle-ci dépend de la diminution de la chaleur, la capacité de l'air pour l'humidité augmentant avec le degré de sa température. En outre l'air humide étant forcément plus lourd que l'air sec, les nuages flottant dans les altitude sont moins denses, moins humides pour ainsi dire que ceux qui se trouvent plus bas. Le froid sec stimule mieux la peau et les muqueuses et donne moins lieu au refroidissement, la conductibilité étant moins favorisée.

3^o *Influence de la lumière.* — Elle est surtout frappante en plein hiver quand les brouillards cachent le soleil à la plaine. Le thermomètre à boule noire montre alors chez nous souvent de 20° à 40° quand l'air à l'ombre atteint à peine 0°. L'air reste frais, mais les malades bénéficient de l'intensité de l'insolation. Cette dernière se trouve aussi augmentée par la réverbération qui est accentuée par la neige. Depuis quelque temps déjà le Dr Bernhard, à Samaden, a obtenu grâce à l'altitude des résultats frappants par l'insolation directe dans des affections chirurgicales

chroniques. Les expériences faites à Leysin par le chirurgien, M. le Dr Rollier, ont confirmé ces faits.

4° Diminution de la température. — Cette diminution est en général en proportion directe du degré d'altitude. Elle est d'environ 6° pour mille mètres¹, les autres conditions étant semblables. La constance du froid en hiver et la fraîcheur en été sont les faits les plus importants relatifs à l'influence de la température du climat d'altitude. La meilleure preuve que ce froid est très supportable, c'est le nombre relativement grand d'oiseaux qui passent très bien l'hiver chez nous. Sans doute l'absence des vents, notamment de ceux du nord, pendant la plus grande partie de l'année a une grande influence particulièrement à Leysin pour empêcher les inconvénients et les dangers que présente le froid joint à l'action des vents. Les refroidissements sont rares avec un froid sec et calme qui au contraire procure généralement une sensation de bien-être, active la respiration et les échanges nutritifs. L'appétit augmente sous l'influence du froid, ce qui permet aux malades de reconstituer leurs forces épuisées par le manque d'appétit, si commun dans la tuberculose pulmonaire.

Le froid exerce une double action sur l'état fébrile des malades ; d'une part il active notamment l'échange des tissus, agissant moins sur les tissus sains qui sont plus résistants que sur les formations pathologiques ; celles-ci sont éliminées plus facilement, ce qui enrayer une des sources de l'élévation de la température. D'autre part on ne peut pas dénier une certaine influence directe au froid ambiant sur le degré de fièvre. Il est incontestable qu'un malade fiévreux éprouve moins d'inconvénients dans un milieu froid que dans un milieu chaud, mais on peut sans doute aussi attribuer la diminution de la fièvre observée chez un grand nombre de malades nouvellement arrivés au sanatorium à l'influence d'un traitement méthodique et du repos.

5° Diminution de la pression atmosphérique. — Nous ne pourrions faire mieux que de résumer ici ce que dit à ce sujet le Dr Morin, de Leysin dans son travail sur le traitement de la tuberculose par l'altitude, en tenant toutefois compte des recherches plus récentes. Celles-ci tendent à prouver que cette diminution agit sans que le manque d'oxygène y joue un rôle prépondérant, car les effets qui accompagnent cette diminution s'observent déjà alors que la quantité d'oxygène contenue dans l'air raréfié est encore amplement suffisante pour la respiration normale ; ainsi l'augmentation du nombre des globules rouges du sang et de l'hémoglobine peut être constatée déjà à une altitude de 300 à 600 m. où il ne peut être encore question d'un manque d'oxygène. Mais il est certain que le nombre des respirations et la capacité respiratoire augmentent avec la diminution de la pression barométrique, car cette augmentation s'observe aussi dans le cabinet pneumatique, lorsque la densité de l'air inspiré y

¹ Voir : Læwy, Höhenlufttherapie.

est diminuée ; ces effets y sont cependant mat alpin où plusieurs facteurs expliquent le rôle des rayons ultra-violet et peut-être d'autres éléments inconnus pour une évaluation correcte.

Cette augmentation du nombre de respirations donne lieu à une gymnastique plus saine qu'elle est automatique (volontaire), égale et continue. Elle nous montre. Si cette dernière était embarras et améliorera ainsi la nutrition.

Quant à l'augmentation du nombre de respirations, la diminution de la tension artérielle a été très peu concluante jusqu'ici, assez suivies. Elles prouveraient que le sphygmogramme ou se manifestent être observés sur des sujets sains au moment où soit arrivée à un point où il y a une altitude au dessus de 3000 m. Ceci est par le fait que, dans le cabinet pneumographique, on a recherché pousser la diminution de la tension artérielle insuffisance d'oxygène pour la respiration.

Il existe cependant un fait incontestable : on peut rester assez longtemps à une altitude de 3000 m. (par exemple à Leysin, 14 jours), pendant des semaines ou des mois, sans que les sujets bien portants amènent une altération considérable que plus bas. Le climat d'altitude produit une excitabilité plus facile et les forces ne sont pas épuisées. Si les reins sont en bon état, cet effet ne change pas. Il y a une certaine gymnastique du cœur et celle des poumons et plus tard le contrôle de son médecin par lui-même. Ces promenades, puis en montant des pentes, cette gymnastique des poumons et du cœur, partie volontaire, peut chez de jeunes personnes augmenter l'amplitude du thorax avec la respiration.

Nous nous sommes contentés d'analyser et reconnus par des expériences dans un vaste champ pour celles-ci qui invitent à l'effort.

* Voir la thèse faite à Leysin par

l'influence de l'altitude sur la tension
 es indications et contre-indications qui
 :

et la tension artérielle chez les tubercu-
 e de la suractivité imposée au muscle
 nisse s'adapter aux conditions physiolo-
 nat. Cette influence tonique de l'altitude
 est, en général, favorable aux tubercu-
 aire devient plus facile, la respiration
 ngestifs qui accompagnent toujours les
 ande étendue, disparaissent rapidement.
 affaibli, il ne peut fournir le surcroît
 tension artérielle, au lieu d'augmenter
 ons inverses peuvent en résulter (dysp-
 ne pulmonaire, etc), l'altitude doit être

ourrait croire, les tuberculeux qui ont
 ont des tuberculeux à tension artérielle
 e passage d'un climat bas à un climat
 rovoque pas d'hémoptysies. On ne voit
 des tuberculeux le jour de leur arrivée à
 ielle augmente chez un tuberculeux du
 ert moins de risques d'avoir des hémop-
 plaine. Quand un tuberculeux sujet aux
 e une tension artérielle trop faible, il
 ndre en plaine, si les hémoptysies se

i Dr Bernhard, de Samaden, que revient
 premier *l'influence de l'altitude sur les*
 ls de ses premières observations firent
 e en 1899 à Bâle par le Dr Wölflin.
 culose chirurgicale traités pour la plu-
 permet d'établir une statistique des plus
 d'altitude. Les conclusions en sont les
 rgicale se présente à l'altitude sous les
 , mais le nombre des interventions san-
 ent réduit au bénéfice du traitement
 ints surtout, réussit mieux que dans la
 ation est plus actif et plus rapide. La
 manifeste sur les écouelles, arthrites,
 l'altitude assure chez un enfant scrofu-
 du processus local, mais prévient la

attribue la vertu curative de l'altitude,

il en est deux dont Bernhard fit l'application locale en chirurgie dans le traitement des plaies et particulièrement des tuberculoses externes, ce sont : la sécheresse de l'air et la radiation solaire. Ayant observé que les habitants de l'Engadine suspendaient pour la sécher la viande fraîche au grand air et au soleil, il résolut d'utiliser cette dissécatation pour le traitement des plaies. D'autre part le résultat excellent qu'obtenait Finsen par l'application thérapeutique des rayons chimiques du spectre solaire aux dermatoses microbiennes l'encouragèrent à s'associer l'action bactéricide et sclérosante de la lumière.

L'altitude est une condition indispensable à ce traitement. On sait que les rayons chimiques sont absorbés à mesure par les couches atmosphériques, tandis qu'ils augmentent d'intensité en proportion de l'altitude. En outre la chaleur rayonnante tempérée par la fraîcheur de l'air n'incommode jamais les malades comme c'est souvent le cas dans la plaine. Finsen lui-même attribuait une grande importance à l'altitude et conseillait d'y construire des sanatoriums pour lupoux, en raison de l'intensité chimique de la radiation solaire. La méthode de Bernhard diffère sensiblement de celle de Finsen. Il préconise l'insolation pure et simple sans concentration des rayons chimiques et sans en exclure les rayons thermiques, sans concentrer non plus ces derniers comme Thayer l'avait indiqué deux ans déjà avant Finsen pour la cautérisation des granulations hyperplasiques.

Le Dr Bernhard a communiqué l'automne dernier au *Centralverein* à Olten les résultats obtenus par sa méthode dans une relation intitulée : « De l'emploi thérapeutique de la radiation solaire en chirurgie » en insistant sur son application au traitement des tuberculoses chirurgicales. Il termine sa communication en présentant un lupus, une scrofulodermite et une omarthrite guéris par l'insolation. M. Rollier a communiqué à la même assemblée à l'appui de cette méthode 8 observations dont 5 de tuberculoses externes ouvertes, entrées infectées dans sa clinique et traitées très avantageusement après ou sans intervention chirurgicale par l'insolation. Bien convaincu de l'influence curative de l'altitude sur la tuberculose chirurgicale, le Dr Bernhard dès 1900 préconisa vivement la création d'hospices alpins pour le traitement externe des tuberculose de l'enfance, analogues aux hospices marins. C'est sur son conseil qu'en 1903 il fut adjoint au Sanatorium bernois d'Heiligenschwendi un pavillon pour enfants atteints de tuberculoses osseuses et articulaires.

M. Rollier a installé à son tour à Leysin, au printemps de l'année dernière, une clinique destinée au traitement des tuberculoses chirurgicales de l'enfance. Il ne prétend pas pouvoir apporter ici, après une année d'expériences seulement, des résultats définitifs et une statistique concluante, mais résumera simplement quelques constatations intéressantes en s'appuyant sur l'observation des 42 premiers malades traités par lui à Leysin. Mettre l'organisme dans les meilleures conditions de défense, associer au traitement hygiénique intense une technique thérapeutique aussi rationnelle que possible, tel est son but.

et au soleil est le facteur essentiel de la cure. Dès les premières heures du jour, les malades alités sont spacieux ou ils prennent tous leurs repas, aussitôt qu'apparaissent les premiers rayons du jour à leur action bienfaisante. Au point de vue du soleil ont une puissance vivifiante inconcevable véritable régénération de l'organisme. Les conceptions permettent l'insolation pendant tout l'hiver de la montagne, l'appétit renaît d'une manière par dessus tout d'assurer l'intégrité des voies digestives. L'insolation interne est évitée à l'exception de l'huile de foie de morue approprié dont le lait fait la base, à l'hygiène rigoureuse malgré l'immobilisation à régulariser d'une manière les fonctions intestinales. M. Rollier a constaté de nombreuses augmentations de poids allant jusqu'à 18 kgs en proportionnelle de la force de résistance. C'est en enregistrer pendant tout l'hiver une seule complication respiratoire chez aucun de ses malades alités. L'insolation dans la contrée et à laquelle le personnel n'a pas échappé, les a tous épargnés. Chez tous ses malades augmentation de l'hémoglobine et des érythrocytes. L'insolation de la plaine avec de la fièvre; chez tous sans exception tardé à diminuer pour disparaître ensuite com-

me les climatiques et de l'immobilisation sévère, soit à l'asepsie rigoureuse adoptée pour la moindre complication qu'après plus d'une centaine de ponctions sans jamais constaté d'infection locale. Soucieux avant tout d'une tuberculose fermée en une tuberculose, il n'incise jamais les abcès froids non fistuleux. Les dynamogéniques exceptionnelles la stricte immobilisation suffit souvent pour amener la résorption de

Lorsque l'abcès continue à évoluer, il est traité par l'insolation de la région intéressée. Dans les cas traités sans succès par les injections modificatrices, on a obtenu d'excellents résultats.

Le traitement dans le décubitus dorsal est le traitement de choix au début, et de la coxalgie. Dans la plaine ce traitement est toujours être appliqué, la longue immobilisation améliore l'état général. A la montagne l'immobilisation associée au traitement hygiénique et à la cure d'air favorise la constitution de l'état général. La mine florissante est la meilleure démonstration.

Dans la péritonite tuberculeuse, des adénites, de la pleurésie, on a obtenu d'excellents résultats. Comme l'hyperhémie supprime rapidement la douleur. Sous l'effet des

rayons thermiques il se produit également active.

Mais c'est incontestablement dans l'immobilisation comme traitement post-opératoire, que donne les meilleurs résultats Ce procédé est essentiellement du traitement antiseptique des germes sans nuire à l'activité cellulaire, antiseptiques habituels et par conséquent souvent nocifs et l'élimination de germes altérés déjà par les toxines.

M. Rollier démontre une série de photos du traitement qu'il préconise et des résultats obtenus sur plusieurs de ses malades :

Mme R., 50 ans. Ostéo-arthrite de la phalangienne avec fistules multiples de la phalange. Résection au tiers supérieur de la phalange. Résection au tiers supérieur de la phalange ouverte au soleil. Cicatrisation d'insolation.

Mlle D., 18 ans. Adénites du cou et du sein après incisions en pleine. Insolation après 30 jours d'insolation.

R. B., 14 ans. Tuberculose du bassin sans succès avec les injections modificatrices. Ponction simple suivie de l'insolation par l'appareil.

F. M., 10 ans. Coxalgie gauche, attitude vicieuse. Atrophie. Correction par l'appareil (Démonstration du petit appareil plâtré) 6 mois de traitement.

F. A., 10 ans. Coxalgie droite, attitude vicieuse. Guérison de ce dernier par l'immobilisation dans l'extension continue, puis correction par résolution chloroformique, maintien de l'extension par appareils plâtrés. Guérison au bout de 6 mois.

R. S., 15 ans. Coxalgie droite, attitude vicieuse. raccourcissement 3 1/2 cm. Ostéotomie. Appareil plâtré de maintien. Correction du raccourcissement au bout de 6 semaines.

R. G., 4 ans. Spondylite dorsale incommode. Immobilisation pendant six mois par l'appareil. Traitement des abcès froids par la ponction puis application de deux corsets plâtrés.

M. M., 19 ans. Spondylite lombaire. 4 mois de traitement pour permettre l'insolation. Guérison au bout de 4 mois.

H. H., 21 ans. Ostéo-arthrite du genou. Immobilisation 8 mois par les injections modificatrices dans l'immobilisation (appareil siliceux) chémentation articulaire, disparition des douleurs. Le malade devant reprendre le travail néanmoins à la résection du genou. Guérison.

testent de la régularité de la courbe thermique l'apparence générale excellente et le

mbien il serait intéressant d'entreprendre pulmonaire par la lumière du soleil. Les nus par M. Rollier, dans des affections rmettent d'espérer des résultats favorables. tifiant et se feront dans les sanatoria de

re le Dr Bazencenet que Chelins, d'Heidel- ères variqueux en les exposant au soleil.

Le Secrétaire : Dr LASSURER.

IOGRAPHIE

he, etc. (Les fractures du bassin). *Deutsche* 77, p. 498.

e matériel de fractures pelviennes, obser- de Königshutte, soit à l'Institut patholo- ons sont illustrées de nombreux dessins et

on travail l'auteur s'attache à étudier les aux fractures pelviennes, il sépare d'em- fractures indirectes. Pour les premières e qui brise directement les os du bassin diverses. Tout autre est le type des frac- es récentes rendent probable l'hypothèse nes indirectes se font d'après un seul et point saillant dans leur genèse réside dans En exerçant une pression sur un anneau, ngeant, la flexion est augmentée aux deux et les points de plus forte flexion corres- x diagonales qui se croisent dans la ligne au se brisera aux quatre points correspon- onales. Comme toutes ces cassures se pro- du point d'attaque de la violence, on peut res sont béantes au pourtour extérieur de eau du pourtour intérieur, elles sont mul- de deux ou quatre ; elles sont en outre

perpendiculaires à un plan qui passe se retrouvent dans les fractures pelvulaires, c'est-à-dire parallèles à l'ament au nombre de deux ou quatre le plus souvent par la branche horizontale membrane obturatrice pour traverser descendante soit l'ischiatique ascendante au voisinage de la synchondrose sacro-sacrum, ou par l'os iliaque, rarement : Il arrive quelquefois que les fractures se rapprochent de la cavité cotyloïde, la hauteur du bassin, le fragment cor déplace en haut ou en bas, et amener un allongement du membre inférieur diverses fractures s'expliquent par les d'elles.

Il existe une complication particulière bassin, la rupture de l'urètre, et l'aut de son étude. Une série d'observations les dangers du traitement non opératoire urinaire peut survenir encore plusieurs apparences de bien-être initial peuvent citer s'il s'en tire avec un rétrécissement avec une fistule urinaire peut-être dé contre la pratique encore beaucoup traitateur, d'après lui cette exploration est ment de sang par l'urètre, et très souvent peut être élargie par l'instrument, et c matises. Sous l'impression d'expériences cathétérisés, l'auteur proscrie absolument l'admet sous aucun prétexte en cas d l'urétrotomie externe immédiate tout sang par le méat démontre l'existence d'une fracture du bassin. Il insiste que l'opération soit faite dès que le diagnostic est posé, et avant l'apparition de tout Nous nous permettrons de faire ici quelques observations sur les fractures pelviennes : par l'emploi judicieux de la sonde, et étendu, chez des blessés qu'il est possible nous nous refusons à taxer l'emploi de jours est-il cependant qu'il importe fort grands dangers de l'infiltration urinaire de l'urétrotomie externe immédiate.

afé est-il l'antidote de la conine ? *Journal suisse de médecine*, 24 juin 1905.

Appartenant à un habitant de La Sarraz avaient été atteints du *contum maculatum* ; ils semblaient mourir ; leur café avait été administré ; sur le conseil de l'auteur du café noir et deux heures après ce traitement ils allaient mieux, trois seulement avaient succombé. La caféine ne seraient-ils pas indiqués dans les cas de la ciguë chez l'homme ? On sait que l'infusion de digitalis.

C. P.

Manuel élémentaire de dermatologie topographique. 180 de 736 pages, avec 231 figures. Paris 1903.

Or comment un médecin observant une affection de la gale, irait consulter dans les traités spécialisés qu'un autre, mais comme il constatera aisément les caractéristiques de la dermatose, voyant sa prédominance aux mains, il consultera dans le manuel de M. Sabouraud, l'ouvrage, ou l'article mains qui en a vingt et il y reconnaîtra le paragraphe concernant la maladie qu'il observe. Il y trouvera le nom, ses caractéristiques essentielles, ce qu'on sait de son traitement. Ce livre réalise donc dans la dermatologie ce que représentent, pour la botanique élémentaire, les monographies qui donnent le moyen de reconnaître qu'on la rencontre pour la première fois ; il rendra aux praticiens.

Les tumeurs de l'encéphale ; manifestations et chirurgie. 835 p., avec 297 fig. Paris 1905. F. Alcan.

Développement du rapport que l'auteur, professeur de chirurgie à la Faculté libre de Lille et ex-chirurgien des hôpitaux, présente au Congrès français de chirurgie en 1903, sur l'encéphale ; c'est la première fois que ce vaste sujet est traité de façon aussi complète en langue française, et l'auteur a su d'y résumer les très nombreuses publications traitant sur la matière, mais il a su y joindre des vues

partielles, s'appuyant sur un chiffre considérable d'observations, donner au syndrome clinique des tumeurs encéphaliques une nomenclature propre, à en établir les éléments constitutifs et à discuter la pathogénie en indiquant le rôle qu'y jouent la tumeur, la toxi-infection, l'œdème, l'irritation et l'étude la séméiologie générale des néoplasmes céré-

braux : troubles intellectuels, moteurs (convulsions, paralysies, contractures, etc.), altérations de l'équilibre, du langage, etc., et les divers moyens d'exploration servant à établir le diagnostic : percussion et auscultation, ponction lombaire et examen cytologique, radioscopie et radiographie. La seconde partie est consacrée aux manifestations localisées des tumeurs des lobes ; les altérations néoplasiques de tous les organes renfermés dans la boîte crânienne y sont successivement passées en revue. La troisième partie aborde la tâche la plus ardue du clinicien, le diagnostic, qui y est envisagé aux divers points de vue séméiotique, différentiel, topographique et spécifique ; l'auteur insiste plus spécialement sur le diagnostic des tuberculomes, des syphilomes, des kystes hydatiques, des gliomes, sarcomes, angiomes, etc. La quatrième partie consacrée aux interventions chirurgicales, traite successivement de l'historique du sujet, des indications opératoires, des procédés à employer, et enfin des résultats ; elle renferme des tableaux statistiques donnant l'analyse sommaire de quatre cents cas de tumeurs cérébrales localisées par le diagnostic et opérées. Ces tableaux reposent sur des recherches bibliographiques très étendues. Ajoutons que de très nombreuses figures illustrent l'ouvrage.

Les travaux antérieurs de l'auteur sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux le qualifiaient mieux que personne pour entreprendre un pareil travail sur un des sujets les plus récemment introduits dans le domaine chirurgical, et que les praticiens lui seront reconnaissants d'avoir si bien résumé pour eux.

LOUIS-H. AUBERT. — Contribution à l'étude de la suture des tendons ; broch. in-8° de 56 pages, avec 14 fig. *Thèse de Genève*, 1905, Genève, H. Kundig.

La suture des tendons est une opération que tous les praticiens, surtout ceux établis dans les campagnes, doivent être à même d'exécuter ; l'auteur de cette excellente thèse décrit d'abord les procédés anciens et ceux plus récents employés pour réunir les tendons sectionnés et en indique les avantages et les déficiences ; il insiste sur le principal écueil à éviter à la suite de cette suture, et qui est le déchirement, la dissociation des fibres longitudinales du tendon sous l'influence des tractions musculaires : c'est contre cette difficulté qu'ont surtout cherché à lutter les diverses méthodes proposées, mais sans y avoir réussi complètement dans les cas où le tendon est régi par un muscle puissant. M. Aubert expose ensuite un nouveau procédé dont il s'est servi lui-même avec succès et qu'il a vu employer pour la première fois à la Clinique chirurgicale de Genève, où il a été assistant, par un de ses collègues, M. le Dr Suter ; celui-ci en a donné, en 1904, une bonne description dans les *Archiv für klinische Chirurgie* (Bd. LXXII, H. 3). Voici comment le décrit M. Aubert :

« Etant donnée une section des tendons, voici quelle a été notre technique : La plaie étant désinfectée soigneusement selon les méthodes usuelles, les deux extrémités du tendon sont repérées chacune au moyen

épaisseur. Saisissant une des extrémités, la car c'est celle qui échappe le plus facilement, fil en la traversant de part en part trois à cinq puis nous nouons les deux chefs après avoir même manœuvre est effectuée sur l'autre bout avons donc ainsi de chaque côté un fil à deux en extrémité tendineuse respective, les quatre ou un double nœud tout en rapprochant les deux nos figures illustrent cette description.

Il ne paraît pas absolument nécessaire, on sait irriguer les processus de réparation, même quand ils ne peuvent être mis en contact immédiat; l'obtenir et de maintenir ce contact lorsqu'il est dans ce but un fil d'affrontement, mais cela n'est

préférable pour cette opération à l'anesthésie existe un écartement considérable entre les et donne une résolution musculaire plus complète; les muscles par la bande d'Esmarch est aussi obtenir un bon affrontement. Après la suture, le membre dans la position requise. flexion ou extension possible l'écartement; on se servira pour cela d'un traitement consécutif consistant en mouvements en massages sera commencé le plus tôt possible tendineuse. Une légère suppuration, accompagnée des fils, n'empêchera pas dans un grand nombre de cas la guérison.

Les quatre personnelles, terminent cet intéressant
C. P.



VARIÉTÉS

P.-J. LADAME. — M. Paul-Jacques Ladame, médecin, est décédé à Genève le 19 juillet dernier, à l'âge d'environ 40 ans, après avoir terminé ses études. On semblait annoncer pour lui une carrière utile.

En 1879 et depuis l'âge de 5 ans, il habitait la Suisse, où il fit ses études classiques au Collège puis entra, en 1898, à l'université, où il fut un élève fort assidu. Après les examens propédeutiques, il suivit les cours de physiologie sur le conseil de M. le prof. Zahn, il passa le

semestre d'hiver 1901 1902 à l'Université pratiquant les cliniques des professeurs puis à Berlin celles des professeurs Jolly universitaires. De retour à Genève, il y co semestres et obtint le diplôme fédéral de n

La santé de Ladame, qui était déjà et fut alors définitivement compromise par examens. Voulant à tout prix terminer courage et une tenacité vraiment remarquable, il supporta ses angoisses avec une serva jusqu'au bout une lucidité complète. recevant la visite de son frère, le Dr Chai l'asile de St-Pirminsborg, il formait le p chain auprès lui pour y préparer sa thèse d

Le souvenir de Ladame restera bien amis, et les internes qui le soignèrent, blieront pas le sourire qui les accueillait Nous témoignons à sa famille notre plus vi

Dr SUCHARD. — Ajouter aux publications mentionnées dans notre précédent numéro (p. 137) : *Sable, C. R. du Congrès d'hydrologie et 1889.* — Resume de cent et une observations par les bains de sable à Lavey-les-Bains en Paris 1896.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANATOMIE. — Le Congrès a paru dans notre numéro de juin dernier du 8 au 10 août et a eu un plein succès. Il a consacré la fédération des cinq principa Europe et d'Amérique. La première séance de M. le prof. Eternod, président du congrès, a été précédée pendant quatre jours de nombreuses communications et démonstrations relatives à l'anatomie. Il nous faut rendre compte ici, car la plupart étaient étonnamment bonnes ; elles seront prochainement publiées. Le Congrès a tenu à rendre un jour à notre regretté compatriote, le prof. Hermès, la cérémonie d'inauguration de son buste remis par M. Waldeyer, de Berlin, et Henneguy, de Paris. Le Congrès a tenu à rappeler la mémoire de ce savant par une brillante réception chez M^{me} de Lavey. Le Congrès faisait sur notre lac une excursion et a creusé un creusement convié M. le prof. Eternod et collation offerte par M. le prof. Bugnion, par un banquet donné par les autorités ge

dans lequel des toasts ont été portés par MM. Eternod, F. Forel, délégué par le Conseil fédéral, Mussard, vice-président du Conseil d'Etat, Renauf, de Lyon, Bryce, de Glasgow, Waldeyer, de Berlin, et Romiti, de Pise, représentants des sociétés fédérées. Nous espérons que nos hôtes emporteront un bon souvenir de ces réunions qui ont été favorisées par un temps splendide. Mentionnons aussi l'exposition d'instruments et de préparations anatomiques fort bien organisée par M. le Dr Battelli à l'Ecole de médecine et qui a attiré de nombreux visiteurs.

CONGRÈS. — Le 8^me Congrès français de médecine se tiendra cette année à Liège du 25 au 27 septembre inclusivement, sous la présidence de M. le prof. R. LÉPINE, de Lyon. Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Paris pour faire l'objet de rapports et de discussions :

1^o *Des formes cliniques du rhumatisme chronique.* Rapporteurs : M. le prof. TRISSIER, de Lyon et M. le Dr R. VERHOOGEN, de Bruxelles. — 2^o *Du régime déchloruré.* Rapporteurs : M. le Dr Fern. WIDAL, professeur agrégé, de Paris et M. le prof. Luc. BECO, de Liège. — 3^o *Du rôle des sécrétions pancréatiques en pathologie.* Rapporteurs : M. le Dr HALLION, de Paris et M. le Dr A. FALLOISE, de Liège.

Le Comité local a décidé, après avis du Comité français, de créer une section de parasitologie où sera étudiée spécialement la question de l'ankylostomiasie.

Les adhérents au Congrès sont priés d'adresser les titres de leurs communications au Secrétaire général avant le 1^{er} septembre. Les rapports et communications formeront deux volumes qui seront adressés aux membres effectifs du Congrès.

Le Comité attire l'attention sur le fait que l'Exposition universelle très importante qui est ouverte à Liège renferme de nombreuses sections de nature à intéresser les médecins. Les membres du Congrès jouiront de l'entrée libre à l'Exposition.

Le montant de la cotisation est fixé à 20 fr. (étudiants et dames 10 fr.); il peut être adressé au trésorier, M. le Dr DELBOVIER, boulevard Piercot, 72, Liège. Une réduction de 50 % est accordée par les Compagnies françaises de chemins de fer et par le Nord Belge. Pour les renseignements et communications, s'adresser à MM. HENRIJEAN, rue Fabry, 11 et HONORÉ, rue Paradis, 98, Liège.

Le Congrès international de psychologie qui s'est tenu à Rome au mois d'avril a décidé que la sixième session aurait lieu à Genève en 1909. Le Comité du Congrès a été constitué comme suit : Prof. FLOURNOY, président ; Dr LADAME, vice-président ; Dr CLAPARÈDE, secrétaire général.

ERRATA. — Page 504. La fig. 1 a été tournée en sens inverse au moment du tirage.

Page 515, ligne 3, au lieu de : Corvisant, lire : Corvisart.

DIPLÔMÉS EN MÉDECINE DE LA SUISSE
Semestre d'été 1905

SUISSES				ÉTRANGERS		TOTAL
du canton		d'autres cantons				
Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	Messieurs	Dames	
45	2	71	5	26	...	149
51	..	60	..	113	330	554
26	3	57	1	70	128	285
28	1	36	..	33	208	306
47	9	110	5	63	151	385
TOTAL...						1724

surs (dont 4 dames). Genève, 3 auditeurs (dont 2 dames); l'École dentaire (dont 1 dame) Lausanne, 1 auditrice. Zurs (dont 13 dames), et 19 élèves de l'École dentaire (dont

RECUS. — QUEIREL. — Leçons de clinique obstétricale, ne préface du prof. PINARD; un vol. in-8° de 246 p., Paris eil.

• Jüdische Aertzte und ihr Einfluss auf das Judentum, ; br. in-8° de 75 p. Berlin, Leipzig 1905, J. Singer et C^e. Manuel technique du massage, 3^{me} édition, un vol. in-16, fig., Paris 1905, Masson et C^e.

TRÉMOIÈRES. — La pelade; un vol. petit in-8° de 192 p. Encyclopédie scient. des aide-mémoire), Paris 1905, Mas-

• Analyse chimique du sang; un vol. petit in-8° de 141 p. Encyclopédie scient. des aide-mémoire), Paris 1905, Mas-

Les bactéries de l'air, et l'eau du sol; un vol. petit in-8° 2 fig. (Encyclopédie scient. des aide-mémoire), Paris 1905,

— Le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate, in-8° de 141 p. (Encyclopédie scient. des aide-mémoire), Masson et C^e.

QUEIREL. — Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale; un vol. petit in-8° de 189 p. avec 5 fig. (Encyclopédie scient. des aide-mémoire), Paris 1905, Masson et C^e.

et J.-Ch. Roux. — L'inanition chez les dyspeptiques et les obèses; un vol. petit in-8° de 195 p. (Encyclopédie scient. des aide-mémoire), Paris 1904, Masson et C^e.

— L'art d'alimenter les malades et les convalescents, avec 10 fig. alimentaires; un vol. petit in-8° de 123 p., Paris 1905,

— Traitement des ankyloses par la résection orthopédique musculaire; Thèse de Paris, 1905; broch. in-8° de 10 fig., G. Steinheil.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

La lutte contre le carcinome utérin

par le Dr Guillaume ROSSIER

Clinique obstétricale à l'Université de Lausanne.

(a été portée à l'ordre du jour de la Société d'obstétrique et de gynécologie de la Suisse romande, le 2 mars 1905.)

Il est de mon intention de vous apporter le résumé écrit dans ces dernières années sur le carcinome utérin. J'occuperais à moi seul le temps dont nous disposons, à des spécialistes, une conférence sur un sujet comme moi. Là n'est pas l'intérêt de la conférence, qu'elles donnent ce que nous attendons d'elles, mais, à mon avis, leur garder le caractère d'entretiens

et de la discussion sur la lutte contre le carcinome utérin. Je forcerai de faire ressortir les points importants, de souligner les titres. A vous, Messieurs, paraîtra certainement instructive, de donner, à l'occasion, la substance tirée de votre expérience et

de la discussion, j'ai divisé mon sujet de la sorte : 1° La lutte contre le carcinome utérin a-t-elle lieu dans notre pays? 2° Les médecins, les sages-femmes, sont-ils suffisamment éclairés sur ce sujet? 3° Comment reconnaître le carcinome de l'utérus par ses symptômes? 4° Le plus d'importance pour fixer la question, devons-nous juger de l'opérabilité du carcinome? 5° Quelle est la meilleure méthode opératoire? 6° Quelles mesures à proposer? Celles préconisées par les auteurs.

sées par Winter, par exemple, sont

1° *La lutte contre le carcinome utérin dans notre pays*, ou bien serions-nous en mesure de dire que le cancer ne sévit guère ?

Pour vous donner une idée de la situation chez nous, je me suis adressé au Bureau fédéral de statistique, à l'effet d'obtenir les chiffres suivants ; ils nous indiquent le nombre de cancer utérin de 1881 à 1903. La courbe est en notable ascension. En 1881 on comptait une moyenne de 312 cas, en 1903 à 349.

Cela vous intéressera sans doute, car nous sommes en ce moment nos deux cantons dans la frêle maladie.

En dix ans, de 1881 à 1890, le canton de Genève a eu avec 523 décès. Genève en compte 523 pendant cette même période, soit une moyenne de 23,5 pour Genève, 22,8 pour le canton de Berne.

La moyenne annuelle pour la Suisse est de 22,8. Nous pouvons tirer, de ces chiffres, une conclusion encore beaucoup à faire chez nous.

2° *Les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, ment éclairés sur ce sujet*, ou bien nous sommes en mesure de dire que la campagne contre le carcinome de l'utérus est en état d'arrêt ?

Je crois que chacun de nous n'a que faire de ses souvenirs pour y trouver des préjugés, le même pessimisme, le même grand mérite d'avoir très sérieusement étudié la question. Je n'en veux pour preuve que la situation actuelle : jugés si souvent les symptômes du cancer, bien de fois n'avons-nous pas entendu dire : « coulement fétide, il n'y a pas de danger », « amaigrie, etc. », il ne peut donc y avoir de danger. On attend avec philosophie l'apparition de l'inopérabilité pour faire engager la maladie à se confier aux soins de la médecine.

3° *Pouvons-nous reconnaître le cancer à son début*, avant qu'il ne soit inopérable ?

our répondre oui avec nous, en règle

te de pertes de sang irrégulières, de apports conjugaux, de pertes de sang it soigneusement examinée, non seu- inal et rectal, mais aussi à l'aide de s explorateurs et du microscope, un rable trouverait encore la guérison. if, plus nombreuses seront les chances e l'extirpation totale.

te règle a ses exceptions. Tendons à nombre des exceptions; nous le pou- s une grande mesure. Je n'en veux s de Winter qui en cinq ans, de 1898 ace aux excellentes mesures qu'il a ilité à sa clinique de 54,9% à 71,9%.

le plus important du carcinome utérin?
de côté la douleur, l'état général,
euons que les *pertes de sang vaginales*

après une enquête faite en 1902 par gynécologie sur 123 pertes de sang ent dues au carcinome (50%).

itratz, sur 10 pertes de sang de ce arcinome (80%).

tableau est plus complexe; il exige herches plus minutieuses.

de décrire les symptômes du cancer e votre temps.

premier début du cancer ne présente ne pouvons prendre comme point de apparaissent les premiers signes de la

sant de rapprocher le pour cent de ues par l'extirpation totale, soit 10%, couru au médecin dans le mois où se s symptômes, soit 13% (enquête de lure que si les malades s'adressaient le médecin ne perdait point de temps sidérablement le chiffre encore si bas

Comment devons-nous juger de l'opérabilité du carcinome ? Quelle limite devons-nous admettre ? Où est le fatal nec tra ?

La plupart considèrent comme opérables avec chances de guérison radicale les carcinomes qui n'ont pas dépassé les limites de l'utérus. D'autres opèrent encore quand le paramétrium est peu infiltré. D'autres, par des opérations longues et difficiles, vont rechercher des glandes jusque sur l'aorte.

Il est intéressant de comparer les chiffres de l'opérabilité tirés de différentes statistiques, à ne prendre que les plus récentes :

Wagner (statistique de Pfannenstiel) indique avec 110 opérations pratiquées de 1894 à 1900, une opérabilité de 34,7 %. Koenig (Clinique de Leipzig), indique avec 260 opérations pratiquées de 1887 à 1901, une opérabilité de 26,6 % (pour 974 cas).

Wagner (Clinique de Würzburg) indique avec 181 opérations pratiquées une opérabilité de 36,57 % (pour 495 cas).

Koenig (Koenigsberg), avec 137 opérations pratiquées de 1898 à 1901, une opérabilité de 57,7 % (pour 242 cas) avec amélioration à cinq ans de 17 % = 71,9 %.

Quelle est la meilleure méthode opératoire ?

La voie vaginale ? la voie abdominale ? Y a-t-il des cas où l'une est préférable à l'autre ?

Je ne vous donne pas ici l'historique si intéressant de l'opération du cancer utérin. Ce serait sortir du programme que je me suis tracé.

Il faut noter que l'opération devient de plus en plus complète, et par conséquent, en plus étendue.

Actuellement trois méthodes principales sont en présence : l'extirpation totale par voie vaginale, l'extirpation totale par voie abdominale, et cette dernière avec extirpation des glandes lymphatiques.

Les opinions sont partagées.

Wagner ne croit pas que les résultats définitifs soient améliorés par l'extirpation abdominale des glandes et du paramétrium.

Wagner, dans un travail très documenté paru en avril dans la *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, conclut à ce que l'extirpation radicale et complète du carcinome et des glandes lymphatiques abdominales, quand celles-ci sont déjà cancéreuses, n'est possible que dans des cas extrêmement rares.

essentiel la voie vaginale reste la voie de

node abdominale donnera de meilleurs
s les cas de cancer au début, mais non
és.

avail paru en février 1904, voit venir le
de Wertheim modifiée donnera des ré-
si bons que l'extirpation vaginale.

dant est très élevée pour l'extirpation
et de ses glandes :

Bumm, à Halle).	20,5 %	p ^r 34 cas
le Leipzig)	10 %	» 59 »
e Würzburg)	20 %	» 32 »
, Martin, à Greifswald)	37,5 %	» 16 »
que de Heidelberg)	6 %	» 33 »
de Tübingen)	15,3 %	» 26 »
Iena).	3,8 %	» 24 »

tion vaginale donne :

.	5 %	p ^r 291 cas
.	3,7 %	» 27 »
.	6,2 %	» 225 »
.	11,1 %	» 45 »

constater que, à mesure qu'on étend les
n vaginale (incision de Schuchardt), la

.	12 %	p ^r 58 cas
.	17 %	» 30 »
.	17,6 %	» 51 »

asures à proposer ? Celles préconisées par
nt-elles applicables chez nous ?

édecins : Elles se justifient par les chiffres
253 (62 %) seulement s'adressent d'em-
180 médecins consultés, 57 (15 %) n'ont
:

répercute immédiatement sur l'opérabi-
cas non touchés d'emblée, 38 % seule-
érables quand enfin on se décida à poser
ux qui furent touchés, 54 % étaient opé-
, 16 % de femmes sacrifiées.

ages-femmes : 14,6 % des malades s'a-

dressent d'abord à la sage-femme. En 1891, 22 % seulement furent de suite envoyées au médecin; donc 78 % de femmes sacrifiées.

c) *Enseignement au public* par voie des journaux : ici le mal est grand. Les chiffres suivants sont la suite des enquêtes faites par Winter en deux séries, à Berlin d'abord, puis à Königsberg, à Leipzig, Bonn, Greifswald, Magdebourg et Vienne; ces villes sont assez civilisées pour pouvoir servir de base à toute recherche sur ce sujet :

Sur 1062 femmes atteintes de cancer utérin, 135 seulement, 13 %, ont consulté dans le mois où apparurent les premiers symptômes.

319 seulement 30 % ont attendu plus de 1 mois.

283 — 27 % — 3 —

118 — 11 % — 6 —

126 — 12 % — 9 —

81 — 8 % — 12 —

Ces chiffres montrent l'étendue du mal.

Nous avons vu que notre pays n'était guère plus privilégié que d'autres.

Il y a donc beaucoup de progrès à réaliser chez nous comme dans la Prusse orientale.

La campagne engagée par Winter ayant déjà fait ses preuves, il semble indiqué de l'introduire dans notre pays.

Nous sommes partisan des circulaires aux médecins, aux sages-femmes.

Quels que soient les motifs de sentiment qu'on puisse invoquer, nous sommes partisan des articles de journaux, des conférences pour éclairer le monde féminin.

En définitive, la lutte contre le carcinome se résumera toujours dans un diagnostic aussi hâtif que possible de cette maladie. Pour y aboutir il faudra :

a) Examiner intérieurement chaque femme présentant des symptômes suspects;

b) Emporter le diagnostic d'assaut par tous les moyens dont nous disposons (excision, curettage, microscope);

c) Opérer dès que le diagnostic est posé.

En agissant ainsi, si nous ne guérissons pas tous les carcinomes, du moins verrons-nous monter le pour cent opératoire dans une notable mesure.

laboratoire facile pour apprécier sur du lait de femme.

par le Dr S. de PATTON .

(la Maternité de Genève. Prof Jentzer).

Presse médicale, du 26 août 1903, M. le
procédé pour apprécier la valeur nu-
trifugation. Nous avons fait à ce sujet
d'expériences, surtout au point de vue
ous nous sommes servi pour cela de la
, comparativement, de la centrifugation
bleu d'indigo. Il nous a été facile de
e la coloration au bleu d'indigo rendait
entes couches plus distincte et par con-
lisions plus facile.

as été absolument satisfaisants en sui-
nique du Dr Fabre. Avec un centrifu-
. 2560 tours à la minute, nous avons été
non pas pendant cinq minutes, car au
uches restaient encore indistinctes, mais
ingt minutes. Ce n'est qu'après ce laps
ns observé que le résultat était tout-à-
e les couches étaient alors absolument
ant la centrifugation au delà, on n'obte-
: appréciable.

Ackermann, chimiste au laboratoire du
blique à Genève, d'examiner les diffé-
u point de vue chimique, ce qu'il a fait
aisance. Comme nous, il a trouvé que
ndiquent la teneur des matières grasses
be supérieure contient la matière grasse
de l'élément aqueux et que la couche
tituée par des matières grasses, moins
de l'élément aqueux. Il croit que la
ngée peuvent faire disparaître la couche

disposition un centrifugeur faisant plus
ute nous n'avons pas pu expérimenter
n de vitesse, mais en ce qui concerne
avons pu nous convaincre à plusieurs

reprises que celle-ci était sans action sur la couche intermédiaire. En faisant les mêmes expériences avec différents laits de vache où cette couche est moins constante et souvent moins prononcée qu'avec le lait de femme le résultat était toujours le même avec la prolongation de la centrifugation.

Certainement les proportions relatives des différentes couches nous indiquent la teneur en matières grasses, nous avons pu nous en convaincre surtout en suivant les nourrices et les nourrissons, tout en examinant le lait.

Les premiers jours la couche supérieure était toujours très distincte et ne variait pas beaucoup ; il en était de même les jours suivants, tandis que la couche intermédiaire variait d'étendue et devenait de plus en plus nette, et plus la nourrice était bonne, plus cette couche s'accroissait et augmentait.

Nous avons même remarqué un changement suivant les différents moments choisis pour la prise du lait. Le matin, par exemple, la couche intermédiaire était moins large que deux à trois heures après la première tétée. En nous occupant du cytoprognostic¹ de la lactation, nous avons pu nous convaincre que, plus les différentes couches étaient épaisses et distinctes, plus aussi, au point de vue cytologique, nous pouvions classer la femme qui avait donné le lait parmi les bonnes nourrices à lait abondant. Un lait épais donnait surtout une couche supérieure très dense et épaisse, mais la couche intermédiaire était moins nette et moins large.

Quant au procédé de centrifugation destiné à apprécier la teneur d'un lait en matière albuminoïde, en obtenant un culot au moyen de la solution d'acide acétique et de la solution saturée d'acide picrique, nous pouvons dire qu'ayant essayé ce procédé sur dix laits différents, nous n'avons pas obtenu de résultat satisfaisant : le culot était infiniment petit, presque indosable avec les dix centimètres cubes employés.

Nous avons expérimenté aussi les différents procédés pour évaluer la valeur nutritive du lait indiqués par Andréas Schott² et Lister Babeack, de même que le procédé d'Umikoff pour indiquer la teneur en fer du lait de femme, mais ces procédés ne nous ont pas donné des résultats assez satisfaisants pour pousser plus loin les analyses.

¹ Voir le numéro précédent de cette *Revue*, p. 566

² *Bulletin de la Société chimique* 1895, p. 78.

Technique.

Dans une petite bouteille à col effilé, gradué par centimètres cubes et dixièmes de centimètre cube, on met trois gouttes d'une solution de bleu d'indigo à 3 % avec une pipette effilée dans le fond du tube. On introduit 10 cc. de lait de femme. En renversant doucement le tube à plusieurs reprises on mélange aussi bien que possible et on centrifuge pendant vingt minutes avec le centrifugeur électrique faisant 2560 tours à la minute; après quoi on voit apparaître dans un lait normal, trois couches distinctes, l'une supérieure très peu colorée, qui fait l'effet d'être composée de crème; la seconde un peu plus colorée et plus liquide que la première, et la troisième, plus foncée, qui remplit le fond de la bouteille.

Observations.

Obs. I. — Femme de 26 ans. Secondipare. Très bien portante.

S'est placée comme nourrice après la naissance de son premier enfant. Accouchement normal le 26 nov. 1904.

Prise du lait le 3 déc. à 9 h. du matin, le 8^{me} jour après son accouchement : Centrifugé pendant 20 minutes.

Couche supérieure	7
Couche intermédiaire	3

Prise du lait le 5 déc. le matin 2 heures après la tétée.

Couche supérieure	4
Couche intermédiaire	11

Très bonne nourrice.

Obs. II. — Femme de 29 ans, multipare, bien portante. A nourri ses deux enfants. Accouchement le 24 septembre 1904 d'un garçon de 3040 grammes.

Prise du lait le 27 sept. à 9 h. du matin, 4^{me} jour après l'accouchement, avant la tétée :

Couche supérieure	1
Couche intermédiaire	6

Prise du lait le même jour après la tétée :

Couche supérieure	6
Couche intermédiaire	4

Prise du lait le 29 sept. à 9 h. du matin pendant la tétée :

Couche supérieure	11
Couche intermédiaire	4 1/2

Prise du lait le 30 sept. à 9 h. du matin avant la tétée :

Couche supérieure	3
Couche intermédiaire	10

Le lait est plus riche en matière grasse après et au moment de la tétée.

Oss. III. — Femme de 29 ans, p
début de la grossesse ; actuellement bi
le 27 novembre 1904 d'une fille de 30

Prise du lait le 3 déc. à 9 h. du ma

Couche supérie

Couche intermé

Prise du lait le 5 déc. à 9 h. du ma
deux heures après la tétée :

Couche supérie

Couche intermé

Prise du lait le 6 déc. à 9 h. du m
ment :

Couche supérie

Couche intermé

Oss. IV. — Femme de 21 ans, s
normal. Bien portante. Accouchemen
çon de 3860 grammes.

Prise du lait le 29 déc. à 9 h. du n

Couche supérie

Couche intermé

Prise du lait le 2 janv. 1905 à 9 h

Couche supérie

Couche intermé

Bonne nourrice ; lait abondant.

Oss. V. — Femme de 18 ans, secor
mal. Bien portante. Accouchement à 1
fille de 3400 grammes. Crevasses au s

Prise du lait le 17 déc. à 9 h. du n

Couche supérie

Couche intermé

Prise du lait le 18 déc. à 9 h. du n

Couche supérie

Couche intermé

Le 19 déc. Mastite. Massage, très d

Prise du lait le 22 déc. à 9 h. du n

Couche supérie

Couche intermé

Oss. VI. — Femme de 20 ans, pr
bon aspect général. Accouchement
de 3300 grammes.

Prise du lait le 19 déc. à 9 h. du n

Couche supérie

Couche intermé

à 9 h. du matin :

seine supérieure 3

seine intermédiaire 10

à 9 h. du matin mastite, massage :

seine supérieure 4

seine intermédiaire 10

dans l'après-midi avant la tétée :

au sein.

seine supérieure 4 1/2

seine intermédiaire 9

de 27 ans, primipare, bien portante. Mamelon couchement normal mais prolongé, le 22 décembre 40 grammes.

à 9 h. du matin :

seine supérieure 3 1/2

seine intermédiaire 18

à 9 h. du matin :

seine supérieure 3 1/2

seine intermédiaire 6 1/2

et de fièvre due à la constipation.

le 27 ans, primipare, bien portante. Accouche-904, d'une fille de 3600 grammes.

à 9 h. du matin :

seine supérieure 2

seine intermédiaire 11

à 9 h. du matin :

seine supérieure 2

seine intermédiaire 6

soir, l'après-midi après la tétée :

seine supérieure 6

seine intermédiaire 4

à 9 h. du matin :

seine supérieure 2

seine intermédiaire 14

la femme persiste à nourrir.

39 ans, multipare. Bien portante, deux fausses tentatives normaux. Accouchement normal le 7 décembre 1904, 3600 grammes.

il n'y a pas assez de lait pour l'examen.

à 9 h. du matin, quantité de lait à peine suffi-

seine supérieure 3

seine intermédiaire 7 1/2

Le lait bon en apparence, à l'examen insuffisant comme quantité. A l'examen cytologique, mauvais lait et forte prédominance des lymphocytes. Très peu de grands mononucléaires et de polynucléaires. La femme continue à nourrir au sein en même temps qu'au biberon.

Obs. X. — Femme de 42 ans, multipare. 7^e grossesse. Tous les accouchements normaux. Accouchement normal le 12 décembre 1904, d'un garçon de 3280 grammes.

Prise du lait le 20 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure 2

Couche intermédiaire 20

Prise du lait le 21 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure 3

Couche intermédiaire 20

Lait abondant. Bonne nourrice.

Obs. XI. — Femme de 29 ans, primipare, bien portante. Accouchement normal le 4 déc. 1904, d'une fille de 2840 grammes.

Prise du lait le 7 déc. à 9 h. du matin :

Crevasses.

Couche supérieure 4

Couche intermédiaire 4

Prise du lait le 8 déc. à 9 h. du matin :

Crevasses.

Couche supérieure 2

Couche intermédiaire 3 1/2

Prise du lait le 9 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure 3

Couche intermédiaire 4 1/2

Prise du lait le 10 déc. à 9 du matin :

Couche supérieure 1 1/2

Couche intermédiaire 5

Prise du lait le 11 déc. après la tétée :

Couche supérieure 4

Couche intermédiaire 5

Lait assez abondant; enfant suffisamment nourri.

Obs. XII. — Femme de 26 ans, deuxième grossesse, bien portante. Accouchement normal le 18 déc. 1904, d'une fille de 2940 grammes.

Prise du lait le 22 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure 2

Couche intermédiaire 2 1/2

Prise du lait le 27 déc. à 9 h. du matin :

Quantité insuffisante pour l'examen.

Prise du lait le 29 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure 2 1/2

Couche intermédiaire très indistincte.

Mauvaise nourrice.

Obs. XIII. — Femme de 22 ans. Taille 143 cm., primipare, bassin plat rachitique. Accouchement normal le 3 déc. 1904 d'une fille de 2940 gr.

Prise du lait le 7 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	1 1/2
Couche intermédiaire	1

Prise du lait le 8 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	3 1/2
Couche intermédiaire	4 1/2

Quantité du lait augmente.

Prise du lait le 9 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	3
Couche intermédiaire	8

Prise du lait le 9 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	4
Couche intermédiaire	7

Prise du lait le 17 déc. à 9 h. du matin, jour de sortie :

Couche supérieure	3 1/2
Couche intermédiaire	13

Nourrit son enfant.

Obs. XIV. — Femme de 24 ans. Deuxième grossesse. Bien portante. Accouchement normal le 11 déc. 1904 d'une fille de 3470 grammes.

Prise du lait le 17 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	2 1/2
Couche intermédiaire	4 1/2

Prise du lait le 19 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	3
Couche intermédiaire	14

Prise du lait le 20 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	2 1/2
Couche intermédiaire	16

Prise du lait le 21 déc. après la tétée :

Couche supérieure	6
Couche intermédiaire	10

Nourrit son enfant.

Obs. XV. — Femme de 28 ans. Troisième grossesse. Premier accouchement à 7 mois. Deuxième accouchement normal. Bien portante. Mamelon mal conformé. Accouchement normal le 3 déc. 1904, d'une fille de 2240 grammes.

Prise du lait le 6 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	2
-------------------	---

Couche intermédiaire peu prononcée, à peine 3

Prise du lait le 7 déc. à 9 h. du matin :

Couche supérieure	2 1/2
Couche intermédiaire	1 1/2

Prise du lait le 8 déc.

Cot

Cot

Prise du lait le 9 déc. 1

Cot

Cot

Prise du lait le 15 déc.

Cot

Cot

Le lait est clair-bleuâ
pour l'enfant, qui est peti

Obs. XVI. — Femme
27 septembre 1904 en rou

Prise du lait le 30 sept

Cot

Cot

Prise du lait le 2 oct. 1

Cot

Cot

Ne veut pas nourrir.

Un fait à noter, le se
qui avait été centrifugé e
ver ce phénomène.

Obs. XVII. — Femme
mal le 22 septembre 1904

Cot

Cot

Prise du lait le 27 sept

Cot

Cot

Prise du lait le 29 sept

Cot

Cot

Très bonne nourrice. 1

Obs. XVIII. — Femme
ment normal le 22 decen

Prise du lait le 29 déc.

Cot

Cot

Prise du lait le 30 déc

Cot

Cot

Lait insuffisant pour l'

ns, bien conformée. Multipare. Deuxième
r enfant. Accouchement normal le 4 juin
mes.

du matin :

périeure 2

termédiaire 24

du matin :

périeure 2

termédiaire 17 1/2

ns, bien conformée. Primipare. Oedème
inurie. Accouchement normal le 5 juin
mes.

périeure ■

termédiaire 3 1/2

du matin :

périeure 2 1/2

termédiaire 9 1/2

le après la tétée :

périeure 2 1/2

termédiaire 2

mme ne pourra pas continuer à allaiter

ans, primipare, bien portante. Accouche-
lesse de contraction, le 4 juin 1905, d'une

du matin :

périeure 3

termédiaire 4

du matin :

périeure 1 1/2

termédiaire 8 1/2

.. du matin ; après la tétée :

périeure 3

termédiaire 2

conclusions.

que nous pouvons tirer de cette
tes :

t certainement rendre des services
eut suivre l'examen du lait, car il

nous indique assez nettement la richesse du lait en matière grasse et nous fait prévoir jusqu'à un certain point si la nourrice aura un lait abondant ou non.

Dans nos observations nous avons pu constater les faits suivants :

1° La bonne qualité du lait et son abondance se caractérisent surtout par l'épaisseur et la netteté de la couche intermédiaire.

2° Le lait est plus riche en matière grasse, c'est-à-dire que la couche supérieure est plus épaisse après ou au moment de la tétée. (Voir les Obs. I, II, III, VIII, XI).

3° Le matin la couche intermédiaire est généralement plus abondante que dans le reste de la journée.

4° La mastite n'a pas au début une grande influence. La formation d'un abcès produit une diminution de la couche supérieure. (Obs. V et VI).

Qu'il nous soit permis à la fin de ce travail d'exprimer encore tous nos remerciements à notre chef, le Prof. Jentzer.

L'Arthromoteur et les suites d'accidents.

Communication faite au 1^{er} Congrès international de Physiothérapie
(Section de mécanothérapie) de Liège, août 1905.

Par le D^r L. GROUNAUER

Privat-docent de chirurgie à l'Université de Genève.

Si jusqu'à présent la mécanothérapie a tardé à occuper le rang qu'elle mérite, il en faut attribuer la cause, en grande partie tout au moins, au fait que son application nécessitait l'emploi de machines nombreuses et fort coûteuses occupant de vastes locaux et un personnel considérable. Nous avons nommé les appareils Zander dont les avis les plus compétents ont reconnu la haute valeur et la perfection absolue.

Le D^r Scholder, de Lausanne, a visé à synthétiser les effets obtenus par nombre d'appareils divers et à permettre de répondre à toutes les indications du traitement mécanique des extrémités.

L'arthromoteur est la seule machine à notre connaissance qui permette de faire exécuter au malade tous les mouvements tant actifs que passifs des extrémités. Ceci revient à dire que

l'arthromoteur est tout spécialement dédié aux chirurgiens et à la chirurgie du système locomoteur ; et si l'on nous permettait une comparaison, nous dirions volontiers que l'arthromoteur est au chirurgien ce que les appareils Zander sont au médecin et à l'hygiéniste.

Un des principaux avantages de l'arthromoteur, comme on le verra par notre description, est de faire de la mécanothérapie un procédé thérapeutique susceptible d'être vulgarisé dans tous les pays et utilisé par tous les médecins.

Tous ceux qui ont la pratique des appareils de Zander savent combien de services ils peuvent rendre dans le traitement des suites d'accidents pour la mobilisation des jointures et le rétablissement des fonctions musculaires. Il est certain, en ce qui concerne l'emploi des machines dites actives-passives, qu'en limitant l'effort au minimum, en aidant au besoin de la main à l'effort du malade, on peut obtenir des mouvements absolument passifs et limités à volonté, mais alors la présence continue d'un aide intelligent et souvent du médecin lui-même est nécessaire.

Avec l'arthromoteur de Scholder non seulement tous les mouvements tant passifs qu'actifs sont possibles, mais encore on peut les régler avec plus grande exactitude, soit au point de vue de l'amplitude, soit au point de vue de la vitesse.

Il est possible, en outre, de formuler le traitement en une prescription facile à exécuter par un aide.

Pour ce qui concerne les mouvements actifs, l'appareil permet de régler la résistance de telle façon qu'elle augmente et diminue progressivement conformément aux lois qui régissent le mouvement des leviers.

Les variations de résistance s'obtiennent à l'aide d'un balancier creux terminé à chaque extrémité par une boule également creuse contenant du mercure en quantité suffisante pour remplir une des boules.

Au début du mouvement le balancier est incliné, le mercure est rassemblé dans la boule inférieure : au moment où le balancier atteint l'horizontale, le mercure commence à couler dans la deuxième boule pendant que la résistance diminue pour arriver à 0 lorsque le mercure aura coulé complètement d'une boule dans l'autre.

Il est possible de graduer cette résistance dès le début, ou

nisme permettant de varier la rapidité du mouvement ou suspendre complètement, sans pour cela arrêter le mouvement d'en régler exactement l'étendue, même pendant la marche.

La seconde partie, mise en contact avec la première lorsqu'on veut obtenir les mouvements passifs, repose sur une colonne verticale susceptible d'être haussée ou baissée à volonté de manière que chaque pièce de raccord puisse se placer à la hauteur du malade. Cette colonne supporte un axe horizontal dont une extrémité correspond à une roue dentée servant à établir le contact avec la première partie de l'appareil et l'autre extrémité à l'emboîtement auquel se fixent les pièces de raccord destinées à soutenir le membre en traitement dans la position voulue. Un cadran gradué et une aiguille indiquent le degré d'excursion effectué par l'appareil, sur un second cadran fixe le point de départ du mouvement. Sur le même cadran est adapté en outre un balancier à contre-poids qui sert aux mouvements actifs ; il peut être placé à différents degrés d'inclinaison et le contre-poids est mobile, de manière à pouvoir modifier la résistance à obtenir.

Les mouvements purement passifs sont exécutés automatiquement par la mise en marche de l'appareil et peuvent être gradués à volonté.

Pour les mouvements actifs employés seuls, la seconde partie de l'appareil est rendue indépendante de la première ; le malade doit alors agir lui-même sur la machine et produire le mouvement déterminé par la pièce de raccord correspondant au membre à traiter. Les résistances sont obtenues au moyen des deux balanciers dont l'un est représenté par la tige à contre-poids ; le second est le balancier creux dont il a été parlé plus haut.

Les pièces de raccord sont au nombre de treize, soit pour tous les mouvements des extrémités, sauf les mouvements de circumduction.

Conclusions. — En résumé, mieux que tout autre appareil de ce genre, l'arthromoteur réalise une mobilisation articulaire précoce, un travail musculaire ne portant que sur les groupes musculaires atrophiés ou malades, une activité du membre traité limitée strictement à ses possibilités fonctionnelles, un entraînement progressif et sans fatigue du membre malade, l'exclusion du reste de l'organisme, une variété très grande de mouvements actifs, passifs ou actifs-passifs, etc., bref, toutes les conditions nécessaires à la guérison.

peut désirer d'un traitement rationnel par la mécanique.

Le médecin pourra avoir avec ce seul appareil tout un traitement mécanothérapique dans son cabinet de consultation. La mécanothérapie ne sera plus une méthode de luxe, mais pourra être un traitement régulier et courant pour les nombreuses suites d'accidents qui surviennent dans les fabriques et les usines, suites qui pèsent lourdement sur le budget de l'ouvrier comme sur celui des sociétés d'assurance et de secours mutuels.

Il nous bornerons à signaler les services rendus par l'arthromoteur dans notre institut Zander pour les suites d'accidents. Les résultats sont brillants dans tous les cas où le traitement mécanothérapique est indiqué, soit dans la plupart des cas du système locomoteur, à la suite de toute opération et spécialement après les résections. Tout dernièrement encore, nous avons pratiqué une résection du coude pour ankylose consécutive à un rhumatisme inflammatoire aigu et à l'arthromoteur, nous avons pu obtenir, par une mobilisation précoce et régulièrement progressive, avec un minimum de traitement pour le médecin et de douleur pour le malade, un résultat inespéré.

Dr Scholder a traité, ces dernières années, environ 260 cas avec son arthromoteur ; sur le nombre, nous trouvons 100 luxations ou distorsions et 54 fractures.

Sur les distorsions, les résultats ont été incontestablement supérieurs à la moyenne courante. Dans tous ces cas, on a associé le massage avec le traitement mécanique par l'arthromoteur.

Sur les fractures qui ont pu être traitées de suite après immobilisation par le pansement plâtré ont donné des résultats inespérés. Du reste, dans les cas anciens et négligés, comme dans les cas récents, les résultats au point de vue fonctionnel ont été très satisfaisants.

Les raideurs articulaires à la suite de fractures du fémur, de l'humérus, du tibia, du péroné, des malléoles ou des os du métatarse ont fourni de même des guérisons dont le résultat, au point de vue fonctionnel, a été supérieur à celui fourni par les traitements habituels. Ici comme pour les autres lésions articulaires et musculaires, suites de traumatismes, les cas de fracture ont pris moins de temps à se guérir, même

est passé dans le pansement plâtré, que les
de fractures anciennes, ce qui doit nous
encourager le traitement mécanique *le plus tôt*
possible.

flexion et extension du pied

BIBLIOGRAPHIE

Acta medica et chirurgica helvetica, fünfter Jahrgang; un vol. in-8°
dans le texte et les portraits des Prof. J.-J. et
H. Kündig, 1905, H. Kündig.

Le cet excellent répertoire analytique est rédigé
par ceux des années précédentes (Voir cette *Revue*,
1904, p. 100). Il témoigne de l'activité scientifique des accou-
cheuses. Cette activité a trouvé un nouvel encourage-
ment de la *Société d'obstétrique et de gynécologie de*
la ville de Zurich. L'auteur publie les statuts, résume les séances et
transforme en une association s'étendant à toute la
Suisse. On trouve dans les notices sur les professeurs J.-J.
Kündig, une analyse de l'ouvrage de ce dernier sur

l'opération césarienne, paru en 1864, a partie des *Tagebuch-Notizen* du professeur. Deux tables alphabétiques des auteurs et cinq premières années de la *Gynecologia* à sante publication.

E. LITTRÉ. — Dictionnaire de médecine, des sciences qui s'y rapportent. 21^e éd. le Dr A. GILBERT, prof. de thérapeutique in-8° de 2000 p. à 2 col., avec 1000 fig. f

Le dictionnaire de médecine de Littré (la médecine. Il a, en effet, connu la gloire cessives et l'an prochain le saluera cente sion de Littré l'œuvre primitive de Capu et de Jourdan avait prit l'ampleur d'un ' faisant autorité auprès du monde médical. œuvre ne périlait pas, ainsi qu'en tér parues depuis lors. Toutefois il lui fallait bert, prof. de thérapeutique à la Faculté voulu en accepter la charge et l'honneur entièrement nouvelle, la révision ayant é le livre au courant des acquisitions nouv calées dans le texte sont également entière raft en cinq fascicules dont le dernier ser:

F.-L. DUMONT. — Traité de l'anesthésie g çaise, par le Dr F. CATHELIN, chef de c Paris, 1 vol. in-8° de 380 p. avec 180 et fils.

MM. Dumont, prof. à Berne et Cathe les diverses méthodes d'anesthésie géné preuves et offrant au médecin un guide p chaque cas particulier. Voici un aperçu de

Généralités. — Historique. Anesthési Action de l'anesthésique. Préparation et Choix de l'anesthésique. Instruments. Art

Anesthésie générale. — Ether, chlorof rure d'éthyle, bromure d'éthyle, pental, c hypnose et électricité. Narcoses par méla

Anesthésie médullaire. — Méthode de l diennes). Méthode de Cathelin (injections

Anesthésie locale. — Le patient. La nat Anesthésie locale par compression, par rants, par pulvérisation de liquides. Bre Chlorure d'éthyle. Coryl. Anesthyle. Mét

r l'emploi de médicaments : Cocaïne, Asso-
tres agents, eucaine, phénol, extrait sur-
s de la cocaïne. Tropacocaine. Eucaine.
an anésine. Orthoforme. Nirvanine. Anes-
ine. Nerrocidine. Parésine. Anesthésiques



ARIÉTÉS

ons été très heureux d'apprendre par le
eizer Aerzte, que le distingué professeur
niversité de Lausanne qui avait été appelé
l'Université de Königsberg a décliné cet
s.

UISSE ROMANDE. — L'assemblée annuelle
re prochain. Un avis ultérieur indiquera
s qui auraient quelque communication à
en informer le Comité romand.

OGIS. — Cette société tiendra sa sixième
5 octobre 1905. S'annoncer au Dr F. Buol

Nous avons raconté, il y a quelques jours,
rine, se jetant tout habillée dans l'Aar au
de cette localité se baignant dans l'Aar était
nt. Aussitôt M. le prof. Dejerine, de Paris,
sauver, mais comme il n'avait pas eu le
lourdes chaussures d'alpiniste, il ne par-
personne. Alors M^{me} Dejerine, nageuse
l'eau, dégageait son mari et parvenait à
ort certaine, puis à la ramener au rivage.
ouvernement bernois a fait remettre à
l'honneur, en argent, d'un grand module,
Der muthigen Kletterin eines Menschenle-
ve, Frau Professor Augusta Dejerine aus
n, 18 August 1905
nple à Genève le sympathique professeur
oureux de joindre leurs félicitations à la
ouvernement bernois.

(Journal de Genève.)

CINS SUISSES. — Dons reçus en Juillet et

); Fankhauser fr. 10, (20 + 980 = 1000).
); Dorta, fr. 10, (30 + 345 = 375).
ere, fr. 10, (10 + 170 = 180).
e. 20, (20 + 15 = 35)

Tessin. — Quelques médecins à Lugano par le Dr F. Zbinden, fr. 57, (57+30=87).

Unterwalden. — Dr Haslebach, fr. 20, (20).

Zurich. — Dr Schubiger, fr. 10; Laubi, fr. 10; H. Müller, prof., fr. 50, (70+985=1055).

Ensemble fr. 227. Dons précédents de 1905, fr. 9627.10.

Total, fr. 9854.10.

Bâle, 1^{er} Septembre 1905.

Le Caissier : Dr P. VON DER MÜHLL.
Aeschengraben, 20

OUVRAGES RECUS. — G. SANDOZ. — Rapport sur la santé publique dans le canton de Neuchâtel en 1904, broch. p. in-8° de 146 p., avec huit tableaux statistiques. La Chaux-de-Fonds 1905. Impr. du *National suisse*.

R. VINCENT. — The nutrition of the infant, 2^{me} édition revue et augmentée, un vol. in-8° de 321 p., Londres 1905, Baillière, Tyn dall and Cox.

Sechzehnter Jahresbericht der Trunkheilstätte zu Ellikon a. d. Thur über das Jahr 1904; broch. p. in-8° de 34 p. Zurich 1905. Impr. Be-richthaus.

Hôpital Pourtalès et Maternité de Neuchâtel. Rapport sur l'exercice de 1904; broch. in-8° de 42 p. Neuchâtel 1905, impr. Attinger.

ROQUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie, 2^{me} édition revue et augmentée; un vol. in-12 de 351 p. (*Collection médicale*.) Paris 1905, F. Alcan.

E. TERRIEN, chef de clin. à l'hôpital des enfants malades. — Précis de l'alimentation des jeunes enfants (état normal, état pathologique), avec une préface du prof. GRANCHER, un vol. in-16 de 236 p. Paris 1905, Steinheil.

DAGRON. — Massage des membres; un vol. in-8° de 484 p. avec 101 fig. Paris 1905, Steinheil.

R. DARMÉZIN. — Précis de radiologie dentaire suivi de notes sur l'endodiascopie à l'usage des chirurgiens dentistes et des étudiants en chirurgie dentaire, avec une préface du prof. FOVEAU DE COURMELLES; broch. in-8° de 96 p. avec 21 fig. Paris 1905, Vigot frères.

G. KERM. — Traitement des hémorragies puerpérales, un vol. in-8° de 235 p. Paris 1905, Vigot frères.

R. GAULTIER. — Essai de coprologie clinique; de l'exploration fonctionnelle de l'intestin par l'analyse des fèces; un vol. gr. in 8° de 226 p. avec 7 fig. Paris 1905, J.-B. Baillière et fils.

Santi RINDONE. — Linfangioendotelioma della vaginale; 20 p. in-8° avec 3 planches; ext. du *Giorn. dell' Assoc. napol. dei medici e naturalisti*, XIV, 1905. — Sulla permeabilità delle parete intestinale ai batteri; ricerche sperimentali; 28 p. in-8, ext. de la *Riforma medica*, anno XXI, n° 8.

ERRATUM. — Le livre du Dr A. GUÉPIN sur le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate, indiqué le septième sur la liste des ouvrages reçus parue dans notre précédent numéro (p. 616), a été publié par la librairie Alcan, à Paris, et non par la librairie Masson & Cie; il n'appartient pas à l'*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le curettage et la fièvre puerpérale

(Travail de la Clinique obstétricale de Lausanne. Directeur : Pr

Par le Dr Edouard de BUMAN

Ancien médecin interne des cliniques médicale et obstétricale de l'Univ.

En relevant, dans la littérature, les opinions sur le traitement de la fièvre puerpérale, on trouve une assez grande diversité d'appréciations.

Nous résumerons ici brièvement les différents traitements locaux usités : a) les injections vaginales avec des substances antiseptiques, b) l'irrigation, c) le curage, d) le curettage, e) l'hystérectomie.

Les irrigations vaginales et intrautérines et le curage sont assez généralement pratiqués pour que nous n'ayons pas besoin d'insister. L'irrigation continue est en partie abandonnée à l'heure actuelle, et nous nous arrêterons plus spécialement sur le curettage qui compte quelques partisans à côté d'un grand nombre d'ennemis. L'hystérectomie sort du sujet de ce travail ; nous l'étudierons plus à fond ; nous ne faisons par conséquent que la mentionner en passant.

Tout d'abord, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tenons à dire que nous ne nous occuperons dans ce travail que du curettage *post partum*. L'emploi de la curette dans les cas de fièvre puerpérale après accouchement est une question étant posée, voyons ce qu'en pensent les auteurs. Nous examinerons ensuite un certain nombre de cas de curettage *post partum* observés à la Maternité de Lausanne pendant l'année 1888 à 1902, du temps que feu le professeur de clinique accouchait à ce service.

En l'année 1850, pour la première fois, la curette fait son entrée dans l'arsenal du gynécologue. Récamier, son inventeur, s'en servait dans le traitement de l'endométrite chronique.

Plus tard, en 1888, Charpentier, après quelques heureux succès obtenus à la suite de l'emploi de la curette dans des cas d'endométrite puerpérale (1), recommande vivement l'usage de l'*Académie de médecine de Paris*, le curettage qui constitue un moyen merveilleux pour combattre l'infection puerpérale.

En 1891, J. Braun (3) et O. v. Weiss (6), à Vienne, se lancent dans la nouvelle voie et, après deux ans d'observations, publient une série de succès attribués au curettage.

En 1899, donnant le résultat de ses expériences, Charpentier reprend dans un chaud plaidoyer la défense de la curette : « L'injection, dit-il, ne fait que balayer, que déterger la surface de la muqueuse utérine. Elle peut détruire les microbes qui sont déposés sur sa superficie, mais elle ne peut agir sur ceux qui ont pénétré à l'intérieur de cette muqueuse où ils y trouvent un milieu de culture excellent, s'y multiplient très rapidement et, de là, pénètrent dans le muscle utérin.

La conclusion se déduit donc d'elle-même. Si, au bout de vingt-quatre heures au maximum, l'amélioration n'est pas obtenue, si après la troisième ou quatrième injection intra-utérine, la défervescence ne se fait pas complète et persistante, c'est que l'injection est insuffisante à ramener la guérison. Insister sur son efficacité, même si on la renouvelle, est une erreur grave : Ce qu'il faut en effet, ce n'est plus laver, nettoyer cette muqueuse, c'est la détruire avec les organismes qu'elle renferme et cela, il faut le faire complètement, radicalement, le plus rapidement possible, sous peine d'être délégué et de voir l'infection se généraliser et amener presque inévitablement la mort de la malade. Or cette destruction de la muqueuse, nous pouvons l'obtenir d'une façon certaine par le curettage utérin.

Assurément, plus le curettage est pratiqué hâtivement, plus il constitue une opération délicate et qui exige des mains expérimentées, mais, de ce qu'une opération est délicate, il ne faut pas retarder le moment de cette opération sous prétexte de dangers hypothétiques qu'elle peut faire courir à la malade, quand on sait avec quelle rapidité l'infection envahit

le tout retard à une intervention active
l'état déjà si grave dans lequel se trouve

sons de le répéter : bien pratiqué et
dents, le curettage est le moyen par
re l'infection puerpérale et d'en triom-
il soit fait à temps, c'est-à-dire avant
gènes aient franchi la muqueuse utérine
su même de l'utérus et les vaisseaux
ques qu'il renferme. Il faut qu'il soit
e qu'il faut que la muqueuse soit entiè-
. n'en reste pas de débris dans l'utérus,
n un mot, réellement aseptisé ».

énergique ne rentre pas complètement
l (16) qui, quoique préconisant l'emploi
accoucheur à attendre au moins le troi-
chement. « Si l'on est, dit-il, arrivé au
injection intrautérine n'a pas été sui-
de la température, ou si cette tempé-
s élevée, est encore au dessus de 38,0,
r le curettage sans hésiter, si l'on est
avec réserve avant le troisième jour des

obtenus par ce *premier curettage*, Pinard
ents :

itive de la température ; dans ce cas-là
utérine suffira pour amener la guérison.
ressive ; on fera alors des injections in-
our de la normale.

n fera un *second curettage* suivi d'irriga-

s leçons de clinique obstétricale, con-
i de la curette mousse pour ne pas faire
is. Toutefois, il avoue qu'il préfère se
ce sont « des instruments qui sentent
cette défiance à l'égard de la curette, il
second curettage, si le premier est resté

uite un assez grand nombre d'auteurs

Angleterre, en Amérique et Ribes, Pozzi (28) qui, par manière de voir des accoucheurs, côté de ceux-ci, nous en a se servent rarement de l'is cas spéciaux ou bien encore Bumm (26), dans l'environnement que dans les cas d'endométrite eux se trouvent, en les avoir constaté la mollesse, considèrent le curetage. Ils conseillent, en cas d'un écouvillonnage. C'est que tous les cas et si, persistent encore dans la cavité utérine, une large curette, mais dirigée en Allemagne, Bumm (194) arrive également, et suivant la à faire, dit-il, à un cas d'ion placentaire, on s'efforce d'extraire avec le doigt, puis avec la cavité utérine. On prête attention à la friabilité extra-utérine. Dans la plupart des cas, un seul curage, suivi d'irradiation, mène la guérison. Une infection provoquée par des streptococcus croupales nécessite, avant tout, les irritations doivent être abandonnées. L'infection se développer aussitôt nouvelle et habituellement grave; la curette n'a, par conséquent, rien amélioré, mais elle est cause de nouvelles ouvertures aux lymphatiques, ouvrant la voie à l'invasion microbienne. J'ai vu immédiatement après le curetage, une pyémie grave survenir.

Le gon v. Braun se rallie à c

rique, en Ang

la curette, (le *obstétricale* dex et avec le même de son c de l'infection e déjà des vo

les objection la fièvre pue pénètrent p les sont absor d'enlever les ce qui peut être utérines anti oint les irriga t une plaie f e source de d. croorganisme le sang. L'ir L'état des lo indique simp pas toujours. ssairement pe vent exister l es ne prouven rg).

ute par un fi de températu rus infectieu é, aucun tra us dans le san tilité et même après le déb e le curettage et l'endométri vrait plutôt co nne celle ré pliquée ». Et nuisible.

L'année suivante, Chazan (7) local de la fièvre puerpérale, par pas de succès dans les cas graves.

Fritsch (8) se prononce énergiquement l'emploi lui paraît être une pratique, tout d'abord à cause de saprémie; en outre, l'examen sortis par le curetage a toujours naient beaucoup moins de coque. Ces débris ne sont donc pas le site trouve plus profondément dans qu'un raclage, même bien fait, gine.

De plus, comment se fait la gu de réaction dans l'utérus, un ex. L'infection est-elle encapsulée, et il n'y a pas de doute que le processus entravé par le curetage et qu'un de guérison, ne devienne à nouveau termine en recommandant, malgré Weiss et de Braun, de s'abstenir où il l'a employé, observés scrupuleusement décès. Ces résultats ne sont certains.

Olshausen (9) apporte d'autres mêmes but. Il a eu l'occasion d'observer directement après l'accouchement, qu'il craignait à chaque instant avec ses doigts. Cette friabilité, que facilement pourquoi avec la curetures utérines après l'accouchement coup de force. Olshausen croit, d'ailleurs ne rien laisser de la muqueuse sans un curetage.

Braun, revenant sur ses précédents l'emploi de la curette dans les cas seulement, et reconnaît qu'elle n'est utile que dans la pyémie ou la pyémie,

Gottschalk (10) fait remarquer qu'il est au premier abord de dire si l'infection est due par saprophytes; et même dans

pas pour recommander de procéder au curetage, on ouvre une porte d'entrée dans l'utérus. Ces toxines s'y trouvent à forte concentration, et c'est précisément, car, en étudiant plus à fond les effets que seules, les solutions concentrées sont mortelles pour l'organisme qui, par comparaison, les solutions diluées. La conclusion paraît beaucoup plus rationnelle de traiter les toxiques par des irrigations abondantes qui entraînent les toxines. En terminant, il insiste sur le fait que le curetage est dangereux en lançant des thrombi dans la circulation.

« Je ne pratique pas non plus le curetage », dit-il, « car j'ai montré que quelques heures après l'opération, les toxiques ont pénétré dans les tissus. » Il dit-il, pour être sûr de ne pas avoir l'infection dans les 24 heures, ou au plus tard 48 heures, il évite l'infection. Ce curetage serait dangereux dans la plupart des cas, sans nécessité, puisque la fièvre peut survenir dès le deuxième ou le troisième jour après l'opération dans tous les cas. Nous pourrions nous demander si le curetage était une opération absolument nécessaire, ce n'est pas le cas. Cette opération est assez grave pour nous en imposer une nécessité absolue. Dans tous les cas, on évite dès le premier ou le second jour après l'opération, la condition principale du succès de l'opération restent. »

« Nous, von Herff (25) se prononce également contre le curetage ; il insiste sur le fait que cette opération est dangereuse ; il insiste en outre sur les perforations utérines trop fréquentes. »

« Avant de terminer cet aperçu historique, il est bien en évidence le danger du curetage, mais encore après les trois ou quatre cas cités. »

« M. von Herff, rapporte un cas de grossesse où il a constaté une hernie des membranes utérines, pendant le travail. Cette he-

à un endroit qui avait été perforé lors d'un curettement d'une fausse couche d'environ quatre mois et demi. Ce que nous pouvons retirer de ce cas très rare, dit-il, est le suivant; c'est d'abord un avertissement contre l'usage de la curette dans un utérus de la seconde moitié de la grossesse; elle agit d'une fausse couche de quatre mois et demi, et on aurait dû pénétrer de préférence avec le doigt dans la cavité utérine, car il y a très peu de cas où après un accouchement l'orifice interne soit contracté pour permettre l'introduction de la curette. Un peu de patience et d'opium font contracter. La nécessité de se servir de la curette n'est indiquée; elle n'est jamais indiquée d'ailleurs dans un avortement récent. Si l'on est très habile dans l'usage de la curette on peut l'employer dans les trois premiers mois, mais elle est parfois dangereuse, même dans des mains habiles, et le danger augmente avec l'étroitesse de l'orifice et la longueur du temps écoulé depuis l'expulsion de la plus grande partie de l'œuf. Il a suffi d'un vomissement pendant la narcose pour que dans un mouvement brusque, l'étroite curette ait crevé la mince paroi utérine. »

Maternité de Lausanne, sous la direction du prof. Rapin, pendant quelques années la curette dans tous les cas de puerpéralie. En 1895 cependant, M. Rapin publiait (14), dans lequel il posait cette question : « Le traitement auquel on doit accorder toute sa confiance est-il toujours suivi de succès? Quels en sont les résultats? »

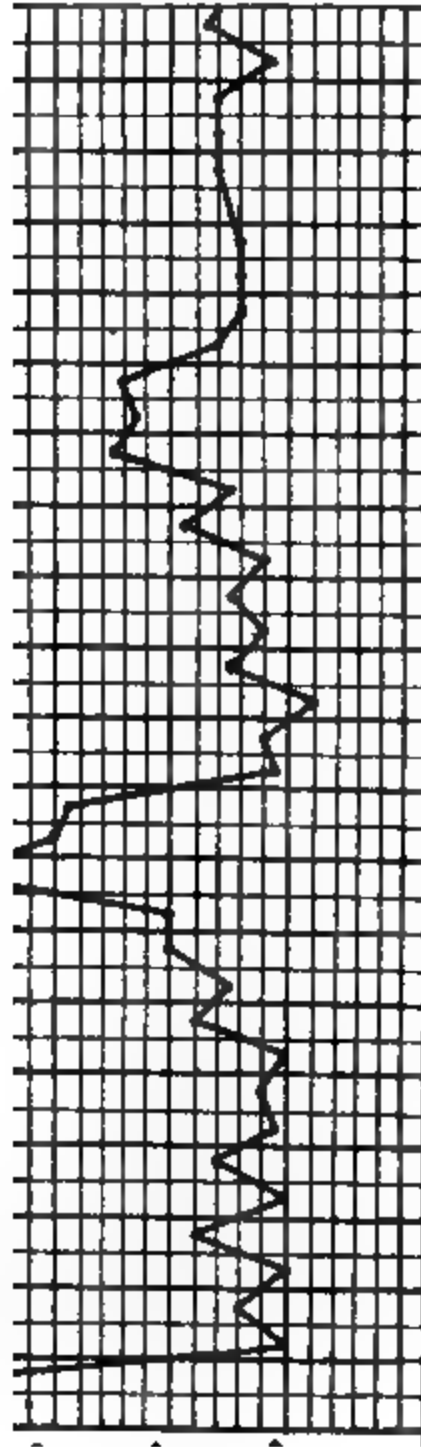
Conseils de notre maître, M. le prof. Rossier, actuellement de service de la Maternité de Lausanne, nous avons fait quelques observations parfois un peu sommaires, que nous publions ici; cela nous permettra de répondre aux questions posées ci-dessus.

OBSERVATIONS

I^{re} X... 20 1/2 ans. Diagnostic : *Endométrite puerpérale*.
Maternité le 28 mars 1888, après accouchement gémellaire.

N'ayant pas été consigné dans ces observations, nous ne pouvons en tenir compte.

que le curetage le lendemain matin.
14 jours après le curetage.



Obs. 1.

Diagnostic : *Endométrite puerpérale*.
On a fait deux irrigations vaginales pen-
sant-utérine après la délivrance.

Obs. 2.

purulentes. Uterus à deux travers de doigt

1/2 ans. Diagnostic : *Pyémie puerpérale*.

11 mars 1893.

ne élévation de température ; légère odeur

rtée à la Maternité. Température à l'arrivée,
pas très alarmant. Le toucher ne révèle

ramène une grande quantité de membranes .
laires.

e douleurs à gauche de la matrice, dans la
gulier, langue humide.

ils rapide, petit, irrégulier.

fortement gonflé ; quelques gouttes d'une
. Le péritoine est partout lisse, la matrice
rière et remplit tout le petit bassin.

ns les deux cavités pleurales.

illots fibrineux très mous : valvules nor-

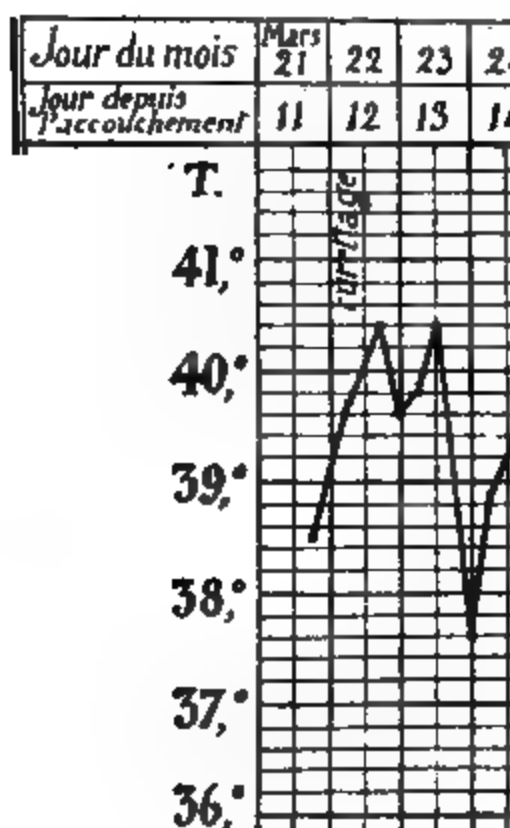
noses sous-pleurales, un peu d'œdème ; un
the.

légèrement adhérent à la rate ; en séparant
ntre les adhérences, une assez grande quan-
dans les deux veines spermaticques, ni dans
ches principales qui ne contiennent que du
ie. Vers le milieu de l'organe, on trouve un
n. entouré d'une zone ramollie. A côté, un
usion. Le rein gauche ne présente rien d'a-
droite, un thrombus. Pas de thrombus dans
etit thrombus se trouve dans la veine ilia-
le à sa surface deux petits points jaunâtres ;
on n'y trouve pas d'autres altérations.

petites ecchymoses, quelques épaissements
euses extrêmement minces qui se rencon-
s et les trompes. Sur la muqueuse du vagin
tre plus épaisse. Le col utérin présente un
ranes grisâtres peu adhérentes.

e, une quantité de petites cavités, en appa-
ix contenant du pus, d'autres des thrombus.

La surface interne de la matrice
vagin.



Obs. IV. — Mme B..., 32 ans

La malade a accouché en po-
ment normal, enfant vivant. Ré-
ficiel. Elevation de température

Elle est transportée à la Mater

Le 8 février, lochies fétides. C
débris de chorion et de caduque.

Pas de frisson après le curette

La malade quitte la Maternité

Obs. V. — Mme C... Diagnost

La malade est accouchée le 10
ment normal. Enfant vivant.

Décollement manuel le 10 au soi

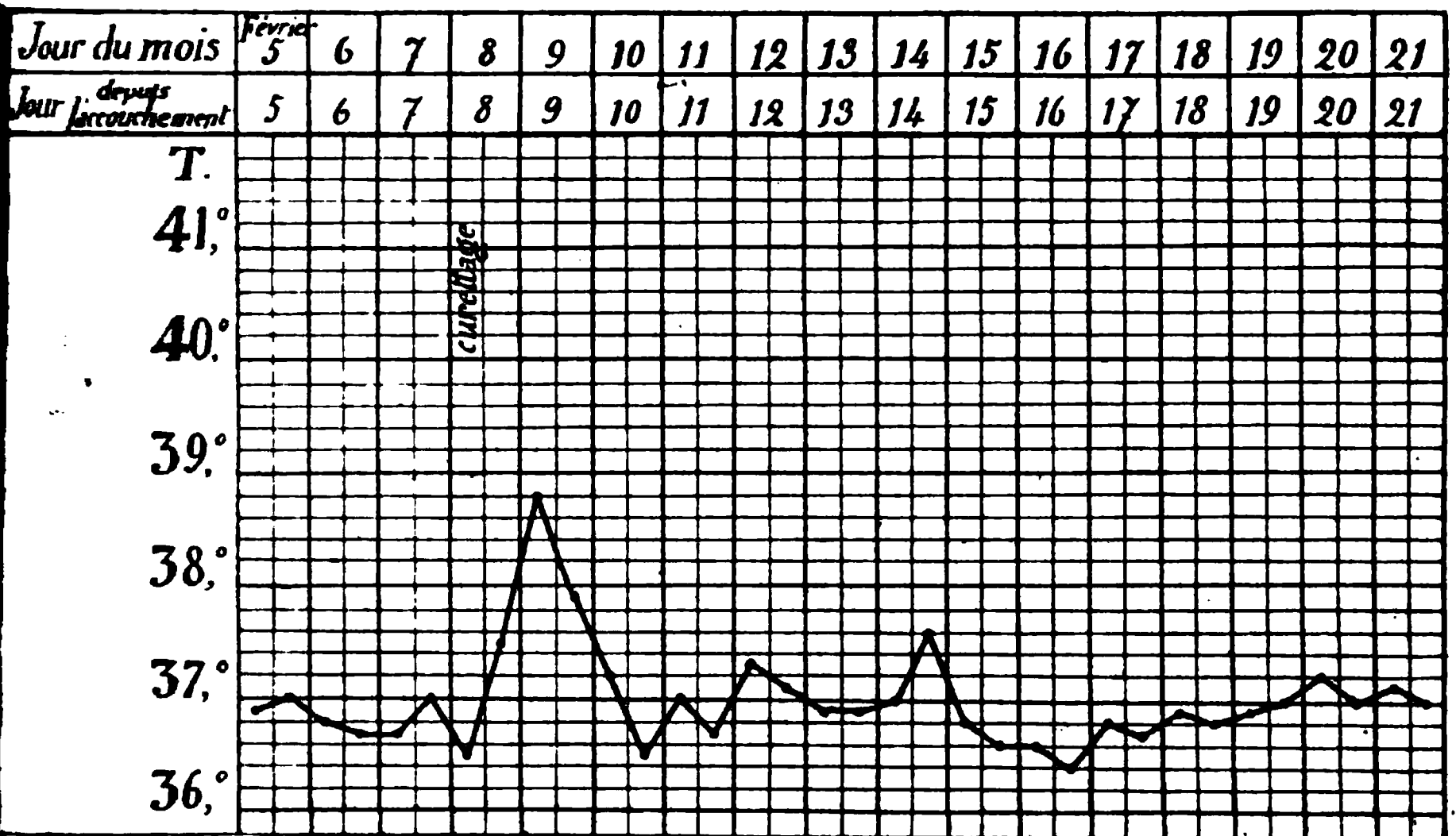
Le 15, lochies fétides, élevatio
qui ne ramène que très peu de d

Le 26 la malade rentre chez e

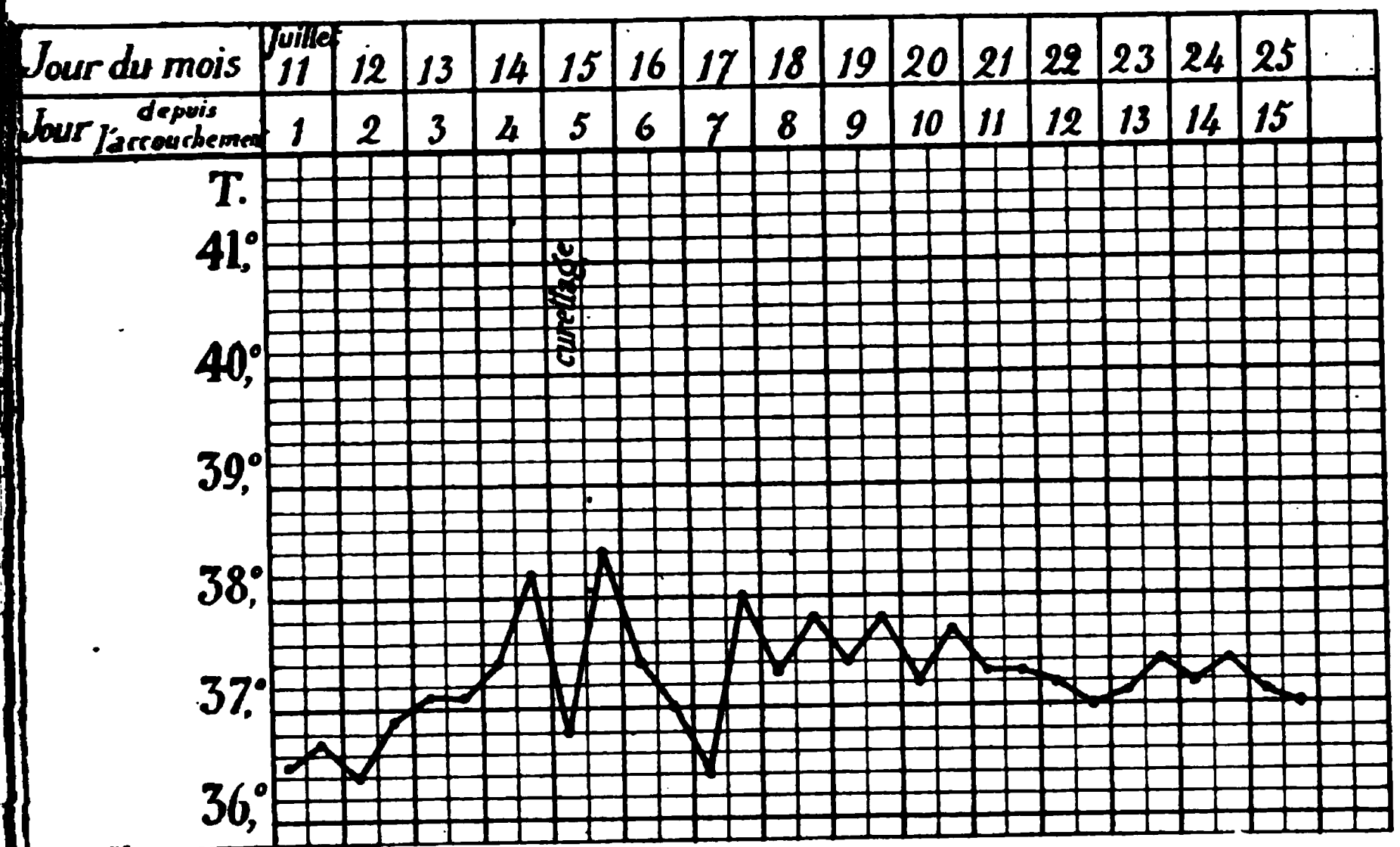
Obs. VI. — Mlle X..., 18 ans.

res puerpéraux. Diphthérie de la

L'état mental de la malade éta



OBS. 4.



OBS. 5.

ments précis à son sujet. Elle a dû accoucher seule. Enfant mort. Le soir même de l'accouchement, elle eût de la fièvre ; deux jours après, un médecin consulté l'envoie à la Maternité, où elle arrive le 4 mars 1895.

Status : Langue chargée, rouge et sèche. Abdomen modérément distendu. On sent l'utérus un peu au dessous de l'ombilic ; la pression en est douloureuse, de même celle des annexes : le parametrium reste mou. La vulve est œdématiée ; les petites lèvres dépassent les grandes, et sur la muqueuse on voit une ulcération dont le fond présente un enduit jaune verdâtre répandant une odeur fétide. Périnée intact. Le vestibule est recouvert de membranes jaunâtres et se détachant facilement. Tout le vagin est de même recouvert de membranes diphtériques. Le col est épaissi, légèrement ouvert ; ses bords sont recouverts d'un fort dépôt membraneux qui se détache facilement. Ce dépôt paraît se continuer dans la cavité. Écoulement jaune verdâtre, extrêmement fétide.

Le 4 mars, toilette générale ; irrigation vaginale à la créoline.

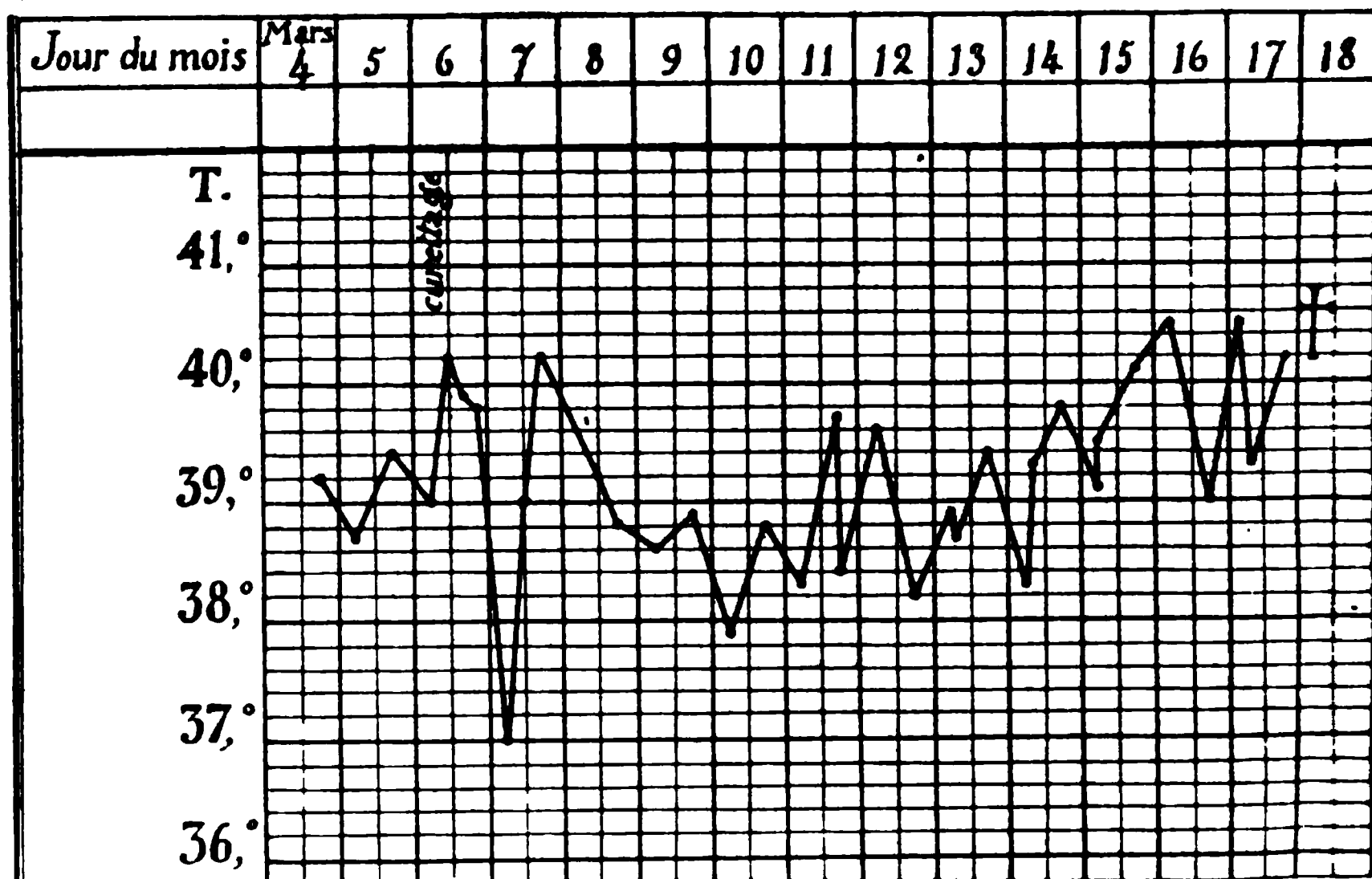
Le 5 mars, irrigation intra-utérine au sublimé. On touche les parties ulcérées à la térébenthine pure.

Le 6 mars, les dépôts diphtériques paraissent encore plus épais. On fait un *curetage*. L'utérus a des parois très minces.

La culture obtenue avec les pseudomembranes donne du *streptocoque* à l'état de pureté.

Mort, le 17 mars.

Autopsie : Fausses membranes sur le col, le vagin et la partie interne



us, endométrite putride, œdème de la mus-
de pus. On trouve à l'examen bactériologi-

le paramètre droit où plongeait l'extrémité
les deux côtés du col de l'utérus il y avait

re la même coque que dans la paroi utérine.
Staphylocoque doré.

$\frac{1}{2}$ ans. Diagnostic : *Septicémie puerpérale*.
895, en ville; il a été normal, sans aucune
malade se plaint de violents maux de tête et
quentes. Le 28 avril, elle devient apathique,
aux questions qu'on lui pose. Elle a de la
r du 28, œdème de la face, puis, peu à peu
face du corps.

Avril		Mai		
-------	--	-----	--	--

Obs. 7.

t amenée d'urgence à la Maternité.

ne répondant pas, faisant quelques signes
e, ne gémit pas. Teint subictérique pro-
doloire. Pupilles dilatees, mais réagissant à
queuse. T. 39. Pouls 130.

nive, rien d'anormal. Parois du vagin intactes. La portion vagi-grosse, molle, irrégulière, déchirée. Elle présente des plaques ron-essemblant à des ecchymoses (pétéchies) disséminées. A certains on voit des ulcérations sur la muqueuse, mais sans fausses es diphtériques. Le liquide qui s'écoule du vagin est fétide. L'u-ève jusqu'à trois travers de doigt au dessous de l'ombilic ; il est s dur.

Une irrigation intrautérine. On touche les places ulcérées à la une pure rectifiée.

mai, curetage. Les parois utérines sont très minces. Balonne-ventre peu considérable, non douloureux. Au cœur on entend de galop sourd, mais rapide. La malade est très agitée.

mai, à 4 h. du matin : 70 respirations à la minute. Agitation. ; complet. Insensibilité générale ; mort à 11 h. du matin.

le 3 mai : On ne trouve aucune localisation. Dégénérescence e du cœur extrêmement marquée. Pas d'affection pulmonaire. , graisseux. Reins pâles, glomérules proéminents. Utérus long de .rg. de 11 cm., à parois très minces ; il renferme des débris de répandant une odeur fétide. Les lèvres du col sont œdématisées, es et par place ulcérées, non recouvertes de fausses membranes.

III. — Mme B... Diagnostic : *Septicémie puerpérale*.

lade est accouchée en ville le 18 mai 1895. Enfant mort-né on t terme. Le médecin appelé a fait en narcose des manœuvres in-arce qu'il croyait avoir à faire à un placenta prævia, à cause morragie au début de la période de dilatation. Le placenta était s complet. Du 18 au 23 mai, l'accouchée se sent bien. Le 23, élé- : la température et céphalées. Le 24, curetage, qui ramène une nde quantité de débris. Après le curetage, on a fait chaque jour tion intrautérine au sublimé 1/10000. La fièvre n'a pas cessé. ie n'a eu aucune céphalée et pas de vomissements ; pas de délire. ve à la Maternité le 28 mai.

: Femme très maigre, pâle, apathique, répondant à peine aux : qu'on lui pose. Yeux hagards, langue sèche, respiration pé-en d'anormal aux poumons. Cœur : battements rapides, réguliers. uffle. T. 40. P: 140 filant, régulier.

: très légèrement ballonné, non douloureux. La région de l'utérus douloureuse non plus. Diarrhée abondante. Vagin intact. Ecom-tide. Col de l'utérus éraillé, mais sans plaie de mauvais aspect ; u col un peu agrandi. Utérus gros, non douloureux. Orifice int. erméable.

Curetage qui ramène encore un peu de muqueuse utérine le mauvais aspect. La malade ne se plaint d'aucune douleur. Elle mement affaiblie. Après le curetage on badigeonne l'intérieur trice avec de la térébenthine pure, puis avec de la teinture d'iode.

ur, la malade va très mal. Pouls extrême-
tortoreuse, langue fuligineuse, sèche, brû-

plèvre gauche, grande quantité d'un liquide
aque, avec dégénérescence graisseuse.

onaire gauche est recouverte par ci par là
non gauche : lobe supérieur emphyséma-

Pas de localisations. Poumon droit, de
me sanguin à la base. Rate volumineuse,
té et d'une mollesse remarquables. Reins
quelques dilatations veineuses. Foie gros,
on graisseuse à un haut degré.

ème; pas d'adhérences ni d'exsudats para
péritérines sont thrombosées. Les veines
en partie thrombosées. La paroi utérine
de foyers purulents. La muqueuse du col
is presque entièrement absente : quelques
ité. A l'origine des trompes on voit un peu
ment fétide.

Obs. 8.

s. Diagnostic : *Métrophlébite septique*.

19 mai 1896. La délivrance tardant à se
ours suivants la malade est très faible. Le

31 mai, elle est subitement prise
 fort claquement des dents. A ce
 sont férides, jaunes et abondante
 rature au moment d'un frisson
 marque 40°. Le matin du troisièm
 d'appétit, soif ardente. Pas de d
 spontanées.

Status : Femme bien constitué
 fortement ballonné. Vagin et cul
 La matrice est un peu grande et
 sent des irrégularités dans la c
 point douloureux à la pression.
 lochies excessivement férides.

Curettage de la cavité utérine
 grosseur d'un œuf de poule. Su
 placenta et des membranes dans
 a une odeur repoussante. On fait
 de teinture d'iode. Dans la soirée
 dix minutes. Pouls petit.

Jour du mois		Jun
		2
ment		14
1.		
11,		
10,		
9,		
8,		
7,		
6,		

Tous les jours suivants, frisson
 rejette tout ce qu'elle avale.

Le 7 juin, mort.

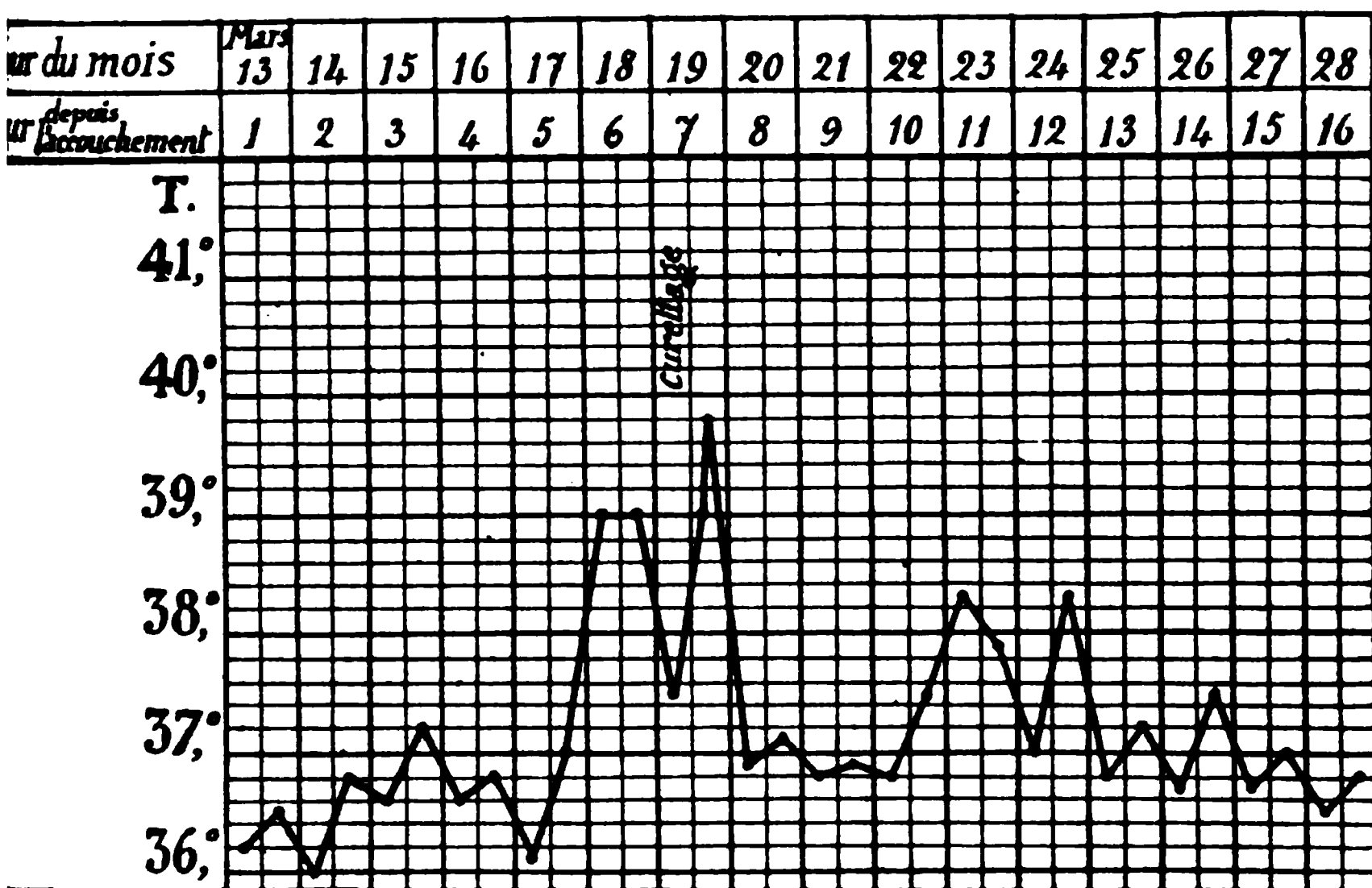
Autopsie le 8 : Intestins ballonnés, mais pas d'adhérences. Foie volumineux, dépassant le rebord costal. Pas de liquide dans la cavité abdominale. Les poumons se rétractent également à gauche et à droite. Pas de liquide dans la cavité pleurale. Cœur de volume normal, ne présentant rien de spécial. Au poumon gauche, œdème généralisé; au poumon droit : à la base sur la plèvre diaphragmatique, pseudomembrane fibrineuse de formation récente, œdème des lobes supérieur et inférieur. Dans ce dernier, infarctus du volume d'un œuf, de coloration verdâtre. Les régions du poumon correspondantes à celle où se trouve l'infarctus, répandent une odeur gangreneuse. Dans toute la substance du foie, points blanchâtres ayant à leur centre une tache noire ressemblant à des abcès miliaires, mais ne laissant pas sourdre du pus.

Organes génitaux : le fundus utérin est à la hauteur de la symphyse. Pas d'adhérences. Péritoine pelvien non dépoli. Ligament large gauche fortement augmenté de volume. Veine iliaque commune complètement obstruée par des thrombus. Nombreux thrombus dans les veines du ligament large. Phlébite avec thrombus infectieux. Matrice à parois flasques qui contenait des caillots de couleur noirâtre ou verdâtre et répandant une odeur infecte.

Obs. X. — Mme P... Diagnostic : *Endométrite puerpérale*.

La malade est accouchée à la Maternité le 13 mars 1897.

Enfant vivant. Rien d'anormal sinon une déchirure périnéale du premier degré.



Le 18 mars, lochies fades et première élévation de T.

Le 19 mars, lochies fétides; T. 39°. *Curettage*, qu'il y a des débris de caduque. L'utérus est très volumineux, les lochies sont fétides. Pendant et après le curettage, la patiente perd beaucoup. Frisson très violent peu après le curettage. T. 40°.

La malade quitte la Maternité le 30 mars, complètement guérie.

Obs. XI. — Mme J... Diagnostic : *Endométrite puerpérale*.

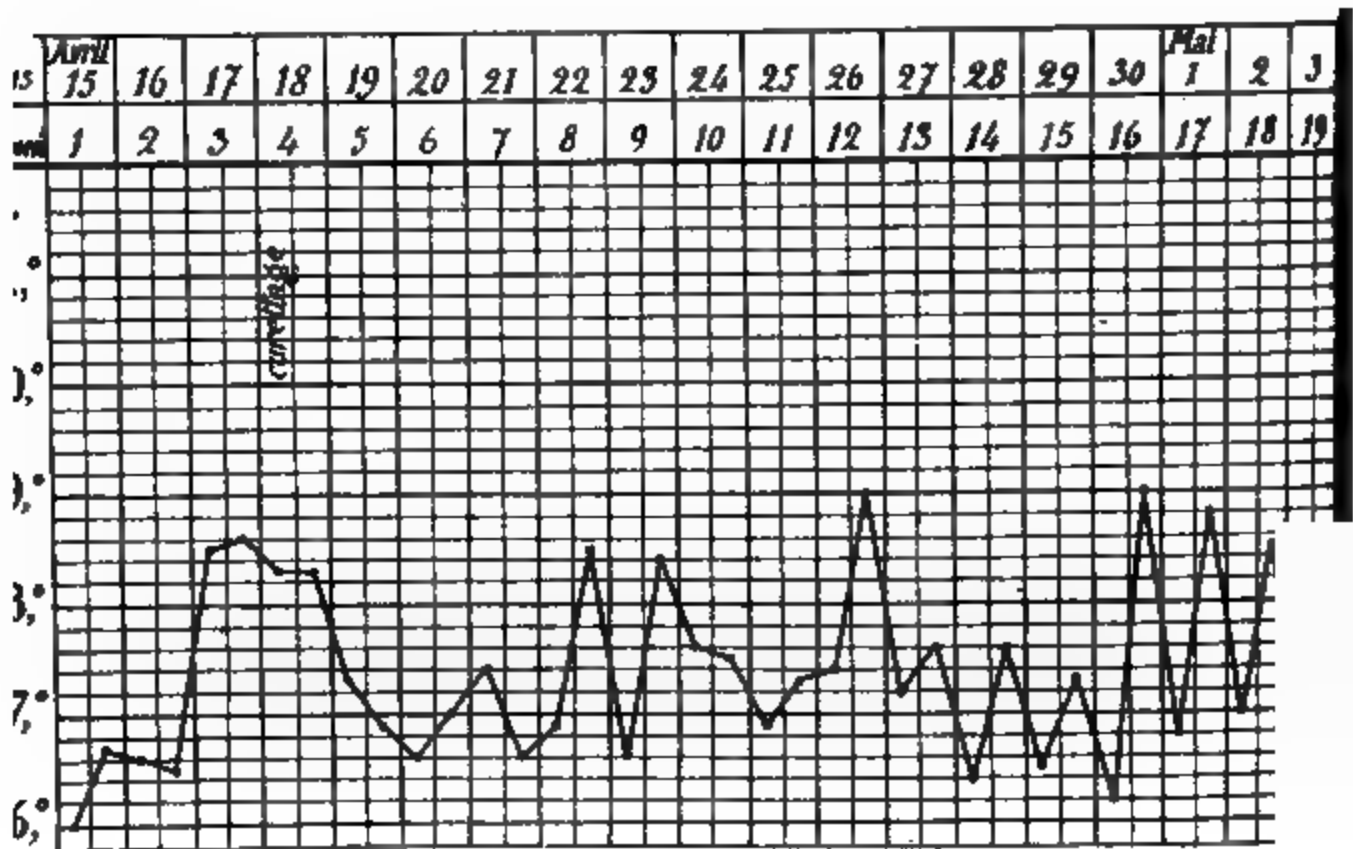
La malade est accouchée le 15 avril 1899 à la Maternité. Le mal n'est signalé que le 17 avril.

Le 17 avril, élévation de température. Lochies fétides. P. 38,5. P. 120.

Le 18 avril, T. 38,3. *Curettage* qui ramène peu de débris. Odeur fétide très prononcée.

Le soir du même jour, on fait une injection de sérum antiseptique.

Le 13 mai, la malade est transférée en chirurgie, ar-



Obs. 11.

Obs. XII. — Mme R... Diagnostic : *Endométrite et métrite puerpérales*. Accouchement normal le 13 janvier 1899. Au moment de la délivrance et, quoique l'arrière-faix ne tardât pas à venir, la sage-femme tira sur le cordon ombilical. Pas de pertes de sang particulièrement abondantes.

Le 13 janvier, lochies fétides, douleurs dans le bas ventre, fièvre, frisson.

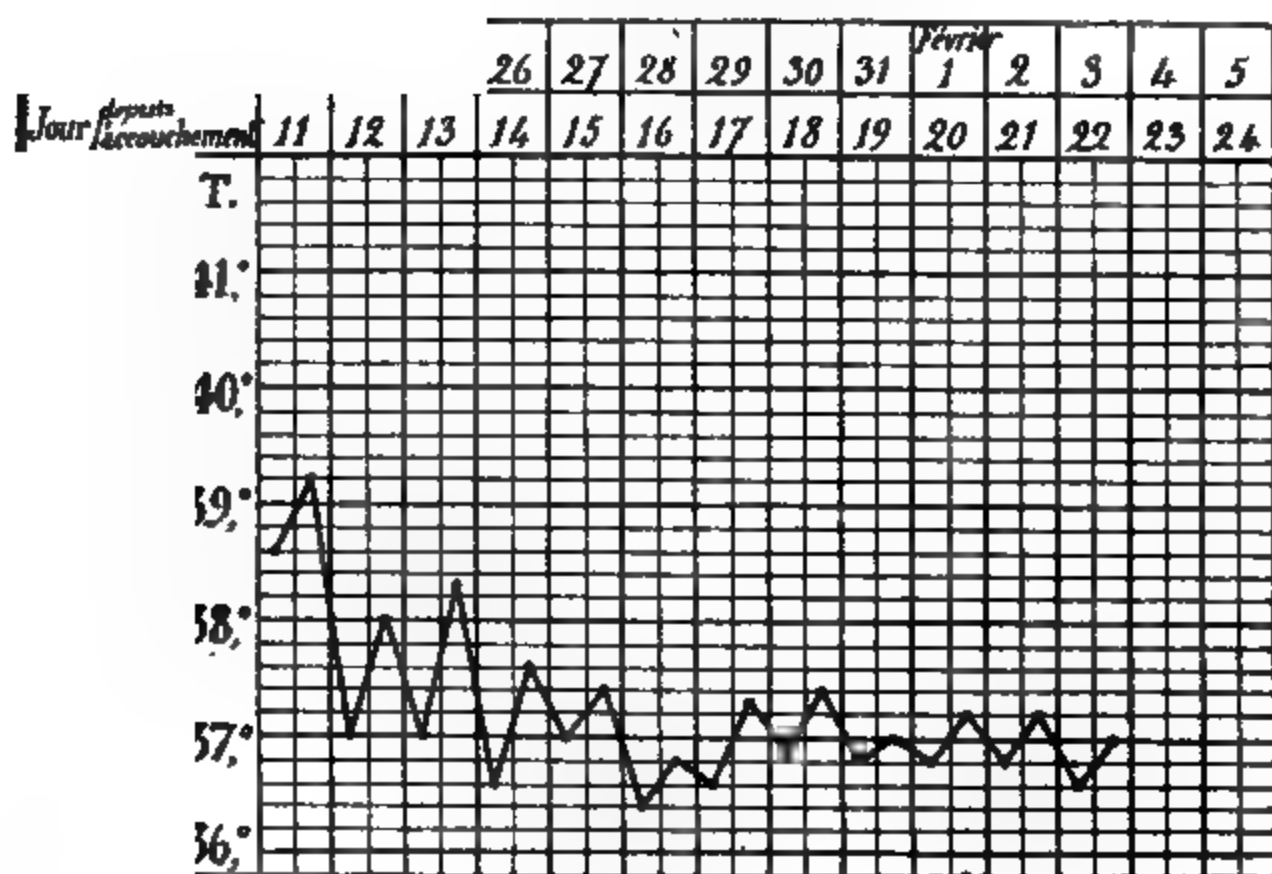
nostique une rétention placentaire, et le lende-

fait qu'empirer, fièvre, frisson, douleur abdominale et douleurs spontanées, surtout dans le bas-ventre, intense, constipation.

Maternité le 23 janvier.

Pouls, régulier 120 à la minute. Facies fébrile. Langue sèche.

Examen abdominal : même superficielle pour provoquer une douleur dans l'hypogastre et les fosses iliaques. L'hypogastre est dur et douloureux qui est l'utérus. Les loches sont fétides. On établit une irrigation continue de permanganate 1/10000 et lysol 1/1000 alternativement. Guérie le 4 mars, guérie.



Obs. 12.

Obs. XIII. — Diagnostic : *Métrophlébite septique*.

La malade accouche le 12 mai 1900 chez elle. Elle est transportée à la Maternité à 5 h. du soir pour rétention placentaire.

On procède au décollement manuel. Le placenta est volumineux et répand une odeur fétide. Immédiatement après l'extraction manuelle, on fait un curetage. Le curetage, difficile à faire, ramène des débris de membranes et de placenta. La profondeur de l'utérus est de 18 cm.

Le 13, violent frisson, suivi d'une élévation rapide, puis d'une chute rapide de la température.

l'après
adieu
itane
ne p
e toi
ilade
s la
embr
ne
un
ne a
s la
timè
deva
par
trouv
des n
mâtr
grand
aunâ
rmai

Mme
acco
plain
émel
rse c
se te
rès,
gatic
ienn
devic
à la
on

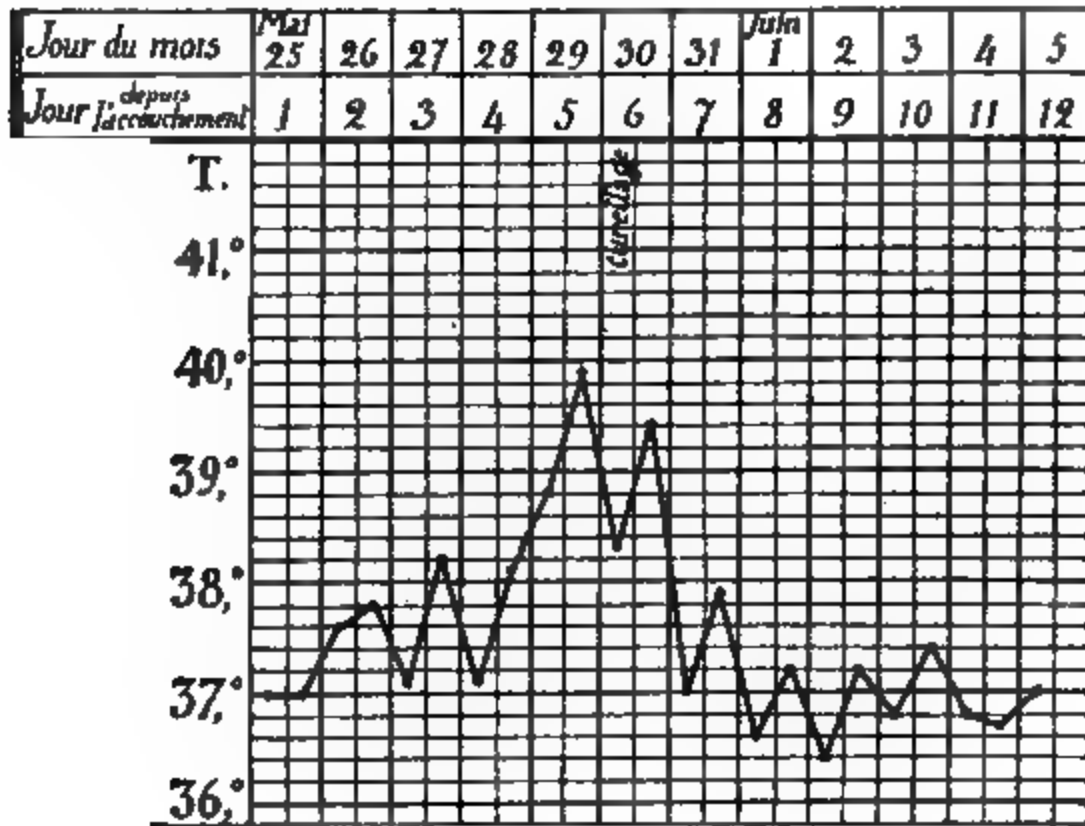
sons
troi
ons
L'éta
intra
fièr
chée,

pas
unno



Depuis lors la température descend. La malade va bien. Pas de douleurs. Pertes normales.

Elle quitte la Maternité le 7 juin guérie.



De 1888 à 1902, nous trouvons donc seize cas de fièvre puerpérale après accouchement à terme dans lesquels on a pratiqué le curettage comme traitement. Sur ces seize cas, nous constatons malheureusement huit morts, c'est-à dire une mortalité de 50 %, exactement le même résultat que celui de Fritsch. (*Société de gynécologie de Berlin*, avec 8 cas, 4 morts).

Si quelquefois le curettage a été pratiqué trop tard au gré de ses partisans, nous verrons que dans bien des cas, il fut fait à temps, sans pour cela donner de meilleurs résultats. Dans d'autres cas, il fut suivi de guérison, mais avons-nous le droit d'attribuer ces heureux résultats au curettage?

Dans notre observation I, nous constatons au septième jour, une légère élévation de température, 38°, qui persiste jusqu'au lendemain matin. On procède immédiatement au curettage, et la température monte jusqu'à 39,9 accompagnée d'un frisson. Quatorze jours après, la malade rentre chez elle guérie. Pouvons-nous vraiment attribuer ce succès au curettage? Il est évidemment difficile de le dire après coup. Toutefois on nous

ue : Si l'infection avait été due au streptocoque, il était déjà trop tard pour agir. Si elle était due à la présence de germes, il fallait faire une irrigation intrautérine avec des antiseptiques et amener la guérison. En fait, nous avons vu à la Maternité un certain nombre de cas avec élévation de température entre deux et trois jours, dans lesquels une simple irrigation intrautérine a suffi pour ramener une température normale.

En fait, nous paraît vrai pour l'observation II. Dans l'observation III, l'inutilité de ce traitement à tous. La malade arrive à la Maternité au début de l'infection. Le toucher ne révèle rien. Devait-elle alors faire la curette ? Atteindre le chorion ? Nous savons qu'après sept jours, même avec la curette, c'est trop tard. Enlever des débris, cause de l'infection. Le digital suivi d'une irrigation intrautérine a réussi. Et ne pouvons-nous pas, en fait, dire que c'est d'avoir mis tous ces thrombus en place qui a causé l'infection ?

Les observations I, VII, IX et XIV sont également des échecs avec résultats néfastes. Ces reproches aux médecins qui font souvent intervenir la fièvre.

Observation IV, à la suite simplement de l'opération, nous avons procédé au curettage de la cavité utérine. Il y eut élévation de température. Pour l'observation V, le curettage ramène des débris de chorion. Par contre, le lendemain, la température s'était normale, s'élève à 38°,8 pour s'abaisser à la normale. Il n'y avait, à notre avis, rien de particulier à pratiquer le curettage dans ce cas-là ; l'observation nous montre le danger que fait courir l'élévation de température. La température était normale avant l'intervention et qu'après l'opération.

Il est utile dans les cas des observations V et VI de dire qu'à lui seul doit revenir toute la responsabilité.

intrautérines. Quant à la première, elle est encore dans la muqueuse et peut être traitée par l'irrigation intrautérine; ou bien, si elle est dans des zones plus profondes et le curetage est nécessaire, on se rappelle la rapidité avec laquelle les microbes pénètrent dans les lymphatiques et passent dans le sang, puis éventuellement dans le lait maternel. On admettra que très souvent, lors d'une infection, la température, la limite de la marche de la fièvre, comment faire le diagnostic d'une première fièvre? Il faudra examiner le sang, un examen bactériologique du sang. Quand nous aurons la conviction que c'est un streptocoque, celui-ci aura dépassé la portée de toute curette ne pourra l'atteindre, plus enlever l'agent infectieux et la fièvre déjà à la première élévation de la température, la phagocytaire sera détruite par la coagulation des plaies, délabrant les tissus, arrachant des thrombus, inoculant sur le sang. On ne se trouvait peut-être que sur le terrain de la fièvre.

D'ailleurs, la première élévation de la température le début d'une infection est d'autant plus qu'il arrive fréquemment le premier jour, que même sans intervention chirurgicale disparaît et la guérison se fait dans les cas normaux. La défense de l'organisme contre les microbes nocifs.

Nous n'insisterons pas devant la difficulté de la curetage; b) la friabilité des tissus; c) la phagocytose; d) les risques de l'introduction de microorganismes sur un tissu non protégé. Ces questions, suffisamment discutées, comme nous l'avons fait dans la première partie de ce travail, paraissent résolues.

Puisque, dans les cas qui nous occupent, le curetage, quelle sera notre conduite en face d'une infection puerpérale?

Survient-il, après l'accouchement, une fièvre de 38°, accompagnée d'un pouls

rigation intrautérine que nous donnons antiseptiques les plus strictes. La bague, et la canule irrigatrice intrautérine seront désinfectées exactement. La nuit, on donnera d'abord une irrigation avec une canule pour ne pas risquer de refouler le liquide qui peuvent stationner dans le vagin, puis la canule intrautérine s'orientera sur la plus grande dimension de celui-ci, sa position, l'éventualité échéant il procédera au curage, puis, sous la direction du doigt, on introduira la canule à double courant, prenant bien soin de ne laisser aucune bulle d'air dans la canule terminée, on surveillera ensuite la température, si elle s'élève on fera une seigle.

Après avoir pratiqué les irrigations vaginales avec une solution de lysol à 1 ou 2 %.

On a fait hâtivement et avec les plus grandes précautions la conviction d'obtenir de bons résultats sans faire courir aux malades les dangers d'une cure radicale dont les succès ne sont pas autorisés à le croire c'est que, dans la pratique, nous avons obtenu les meilleurs résultats avec les irrigations utérines.

En fait, à dire depuis que la Maternité de la ville de Lyon, sous la direction de M. le prof. Rossier, il n'a pas eu de cas de *post partum*. Dans tous les cas d'infections intrautérines seules ont été obtenus d'excellents résultats.

Il nous permettrons de publier les cas suivants, qui peuvent servir d'illustration à notre travail. On y trouvera des cas fébriles s'annonçant à la suite d'irrigations intra-utérines, de température à différents stades de l'infection peuvent être utilement comparées avec les cas de la première partie de ce travail.

Nous avons remplacé le lysol par le lysoforme

7

8

9

midi, la température s'élève à 39°8.
A droite et en dessous de la fourch
un aspect légèrement grisâtre. On la
Le vagin est large, lisse. L'utérus est
perméables pour l'index. L'utérus es
qu'à gauche. On ne sent rien dans les

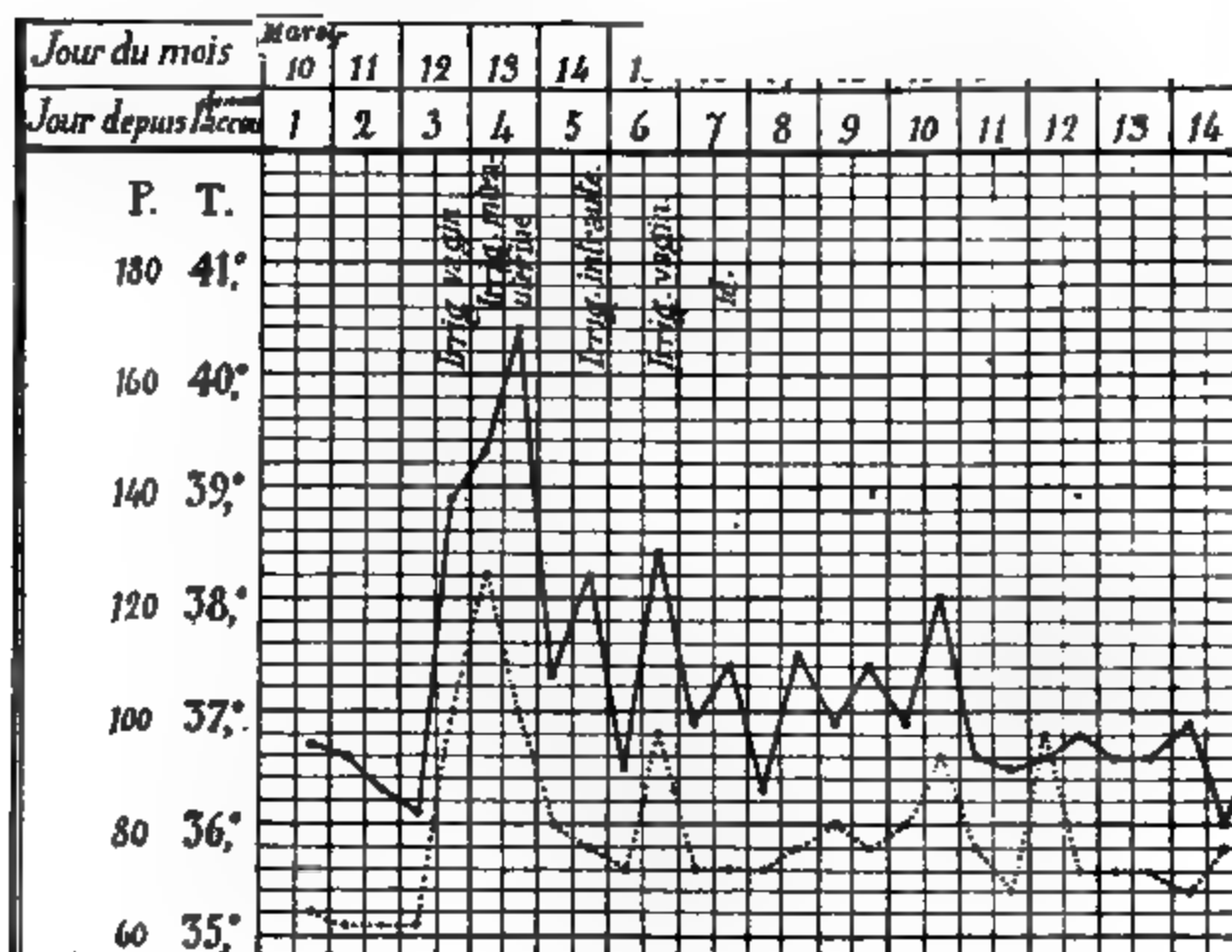
Le 14, les lochies sont moins fétide
intrautérine.

Le 16, guérison de la plaie vulvaire

Le 19, lochies avec légère odeur.

Le 20, tout rentre dans l'ordre.

Le 25, la malade rentre chez elle gi



Obs. C.

Obs. D. — Mme G., entrée le 15 mars 1904, 27 ans. Seconde grossesse.
Diagnostic : Saprémie.

La malade est accouchée le 12 mars chez elle. Accouchement normal.
Enfant vivant. Délivrance normale. La malade a été touchée deux fois
par une sage-femme en ville.

Le 13 mars, légère élévation de température, pas de frisson.

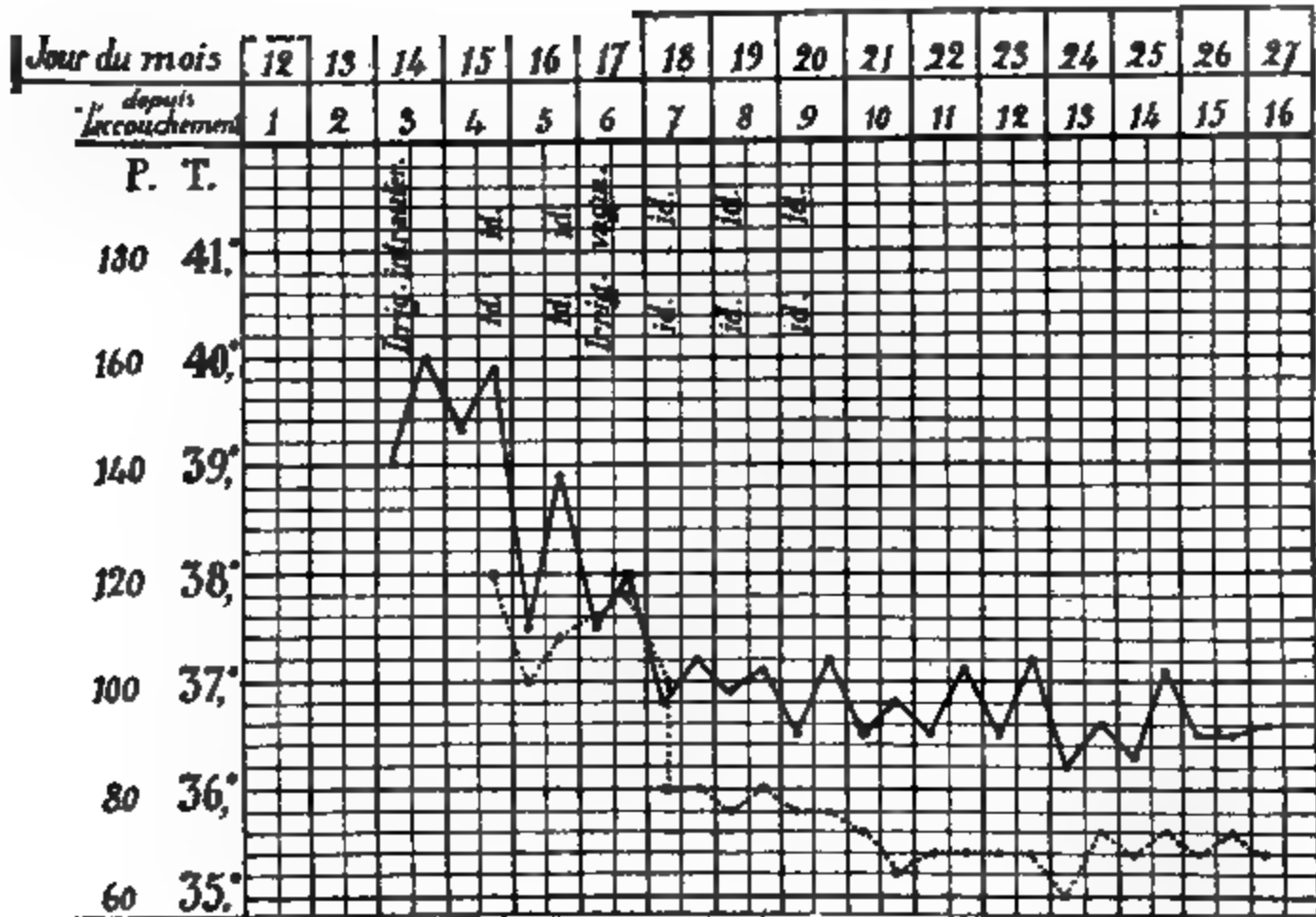
Le 14 mars, à 3 h. du matin, frisson, pertes abondantes, rouges, sans
odeur. Soif ardente. Aucune douleur localisée. Le médecin appelé, trouve

t le soir et trouve 40° de température.
au lysol 1 % et il envoie la malade le

anmeltes rouges, la peau chaude et très
non chargée. La palpation abdominale
la hauteur de l'ombilic, dur, indolore.
sses iliaques sont indolores. Le vagin
rière, mesure 1 1/2 cm. Le canal cer-
ron. A la paroi postérieure, au dessus
sse molle, très adhérente. L'odeur des
re fétide. Le curage digital ramène des
de caduque répandant une odeur fade
, on fait une irrigation intrautérine

utérine. L'état général reste le même.
odeur des lochies a considérablement
s vaginales à la place des irrigations

e l'hôpital guérie, et le toucher révèle



OBS. D.

Obs. E. — Mme G., 30 ans, entrée le
nostic : *Saprémié*.

La malade est accouchée le 13 avril 1901
septième mois. On procède ensuite au de
resté adhérent, puis on fait une irrigation

Le 14, les lochies sont rosées, abondan
ginale; à l'intérieur, pilule d'ergotine à 0

Le 16, expulsion, avec un caillot, de q
épaisse.

La température descend progressiveme
deviennent normales et la malade quitte l

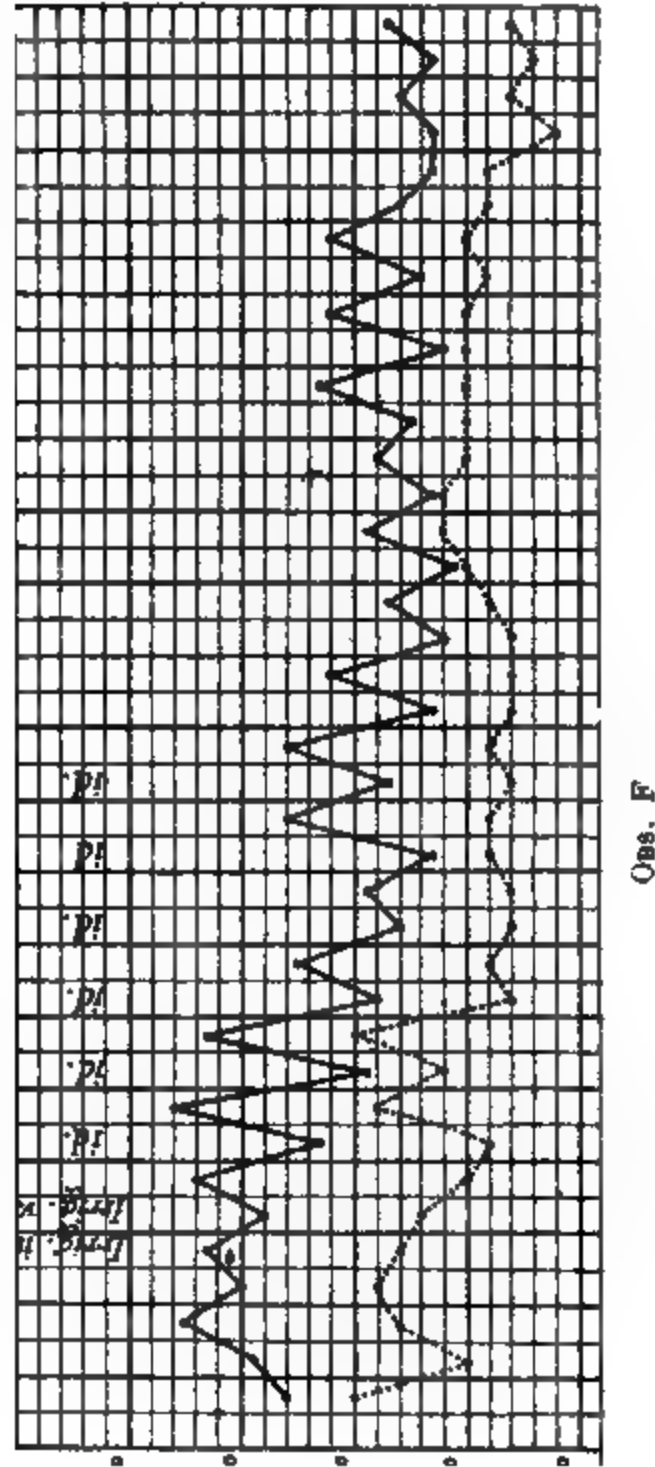
Obs. E.

Obs. F. — Mme M., 39 ans, entrée le
nostic : *Endométrite pendant le travail*
pouls 120, bassin en entonnoir, perforation

La malade est accouchée le 1^{er} juin 1
complète, la tête encore mobile. La malad
blement général, elle est cyanosée, le pou
reste à 36,9. Les bruits du cœur fœtal ne
pas trace d'albumine dans l'urine. Les do
dis que l'état général s'aggrave. On fait :
narcose à l'éther. La délivrance a lieu sp

Le 2 juin, élévation de la température,

n intrautérine au lysol 1 %. Abdomen indolent jusqu'à l'ombilic.
 perméable, le doigt pénètre dans le canal cervical interne; on ne sent rien d'anormal dans la cavité.
 s odeur.



La température reste élevée jusqu'au 6,¹ puis tout rentre dans l'ordre. Mme M. quitte la Maternité le 20.

Obs. G. — Mme D., 23 ans, entrée le 2 août 1904, multipare. Diagnostic : *Endométrite pendant le travail*.

Dernières règles, les premiers jours d'avril. Le 28 juillet, abondante hémorragie. Le médecin appelé fait à domicile un tamponnement. Les hémorragies se poursuivent les jours suivants, et chaque fois le médecin renouvelle le tamponnement. Le 2 août, la malade arrive à la Maternité.

Status : Muqueuses pâles, teint pâle, cœur et poumons normaux. Sur l'abdomen, vergetures anciennes, nombreuses; l'utérus remonte à la hauteur de l'ombilic; vagin long, lisse, assez large; portion vaginale dure et courte. Orifice externe fermé, bords de l'orifice irréguliers, légèrement granuleux, portion vaginale très en arrière et sur la ligne médiane. La malade perd passablement de sang.

Diagnostic : *Placenta prævia*. Grossesse de 24 semaines.

On pratique une irrigation vaginale au lysol avant de faire un tamponnement vaginal à la gaze xéroformée. Avant et après l'opération, pas d'élévation de température.

Le 5 août, les hémorragies continuant, on se décide à dilater le canal cervical en introduisant deux mètres de gaze xéroformée dans le segment inférieur de l'utérus, pour provoquer l'accouchement. Malgré ce traitement, pas de douleurs.

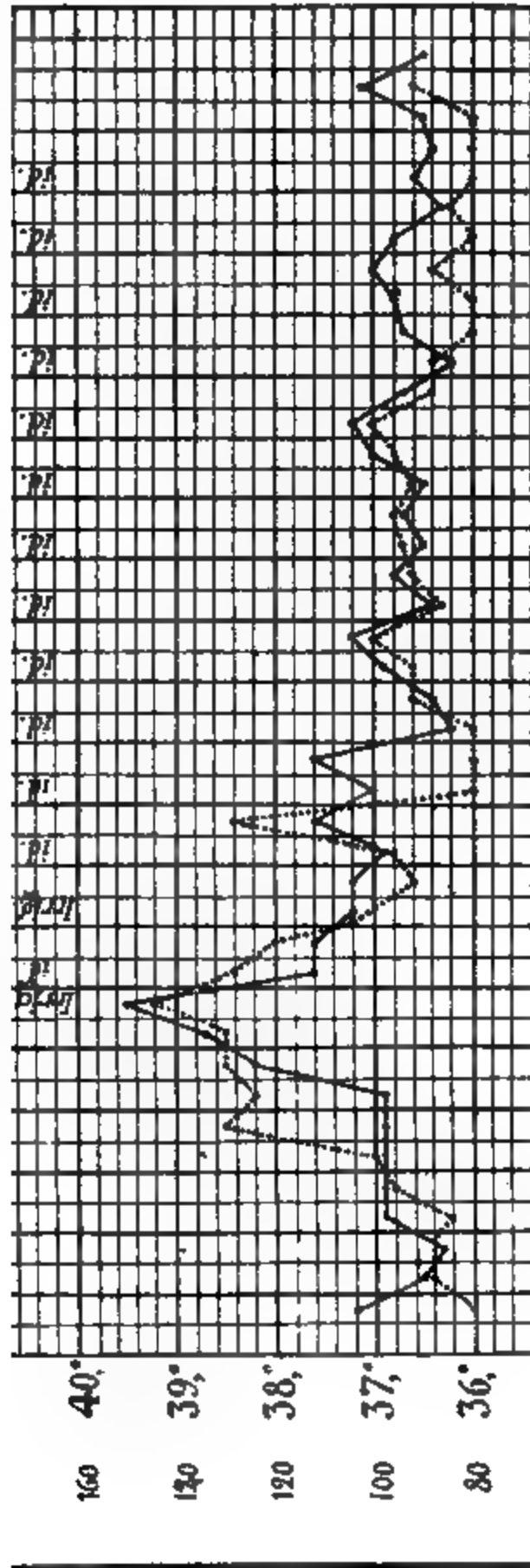
Le 6 au soir, la température monte à 38,2. La malade ne perd pas de sang. La température continue à s'élever le lendemain, le pouls s'accélère et l'état de la malade devient inquiétant. On enlève le tampon et l'on constate que l'orifice externe ne laisse pas pénétrer la pulpe du doigt. On se décide alors à faire la dilatation rapide dans le but de terminer l'accouchement. Pendant la narcose, on introduit les dilatateurs de Hegar jusqu'au numéro 25, ce qui permet alors l'introduction de deux doigts dans la cavité utérine. On arrive directement sur le placenta, puis on fait la version d'après Braxton Hicks. Le fœtus est amené par le pied à l'orifice utérin et fait tampon. L'extraction est terminée quinze minutes après la version, grâce aux tractions continues. Le placenta est expulsé immédiatement après le fœtus, mais il manque une partie des membranes que l'on décolle manuellement. Vu la température élevée (39°5), on fait une *irrigation intrautérine* au lysol à 1 %. Poids de l'enfant, 730 grammes : taille 29 centimètres. Le même jour, à 6 h. 30 du soir, c'est-à-dire 1 h. 1/2 après l'opération, violent frisson qui dure une demie-heure.

Le 8, pertes rouges assez abondantes, fétides. On fait une *irrigation intrautérine*.

Le 10, pertes abondantes, irrigation vaginale au lysol, 3 litres.

Depuis lors, la température devient normale. La malade reprend des forces. L'hémoglobine est à 65 % et la malade rentre chez elle guérie.

¹ Jusqu'au 10 une irrigation vaginale journalière au lysol.



Obs. G.

entrée le 29 juillet 1903, 34 ans, multipare. Diagnostic.

La malade est accouchée
tion transverse, version, al

Le 31 au soir, élévation
rines. Utérus gros, sensible

A 11 h. et demie du soir
s'élève à 40,2. Le toucher
une irrigation intrautérine
qui tombe le lendemain.

Le 1^{er} août, frisson dans
saburrale, mais humide. 17

Le 2, nouveau frisson,
matin, état général mauvais
A l'auscultation, on note q
souffle.

Le 3 août, même état gra
fétides, jaunâtres; l'examen
slaphylocoque, mais la p
L'état grave continue, frisse
traitement des injections de

Le 15 août, frottement
bactériologique du pus révèle
tocoques, d'une quantité mo
coli communs.

Mort, le 18 août.

Autopsie : Dans la cavité
peu abondant; à gauche, l
rent par sa face antérieure
bles et blanchâtres. La cav
peu de liquide jaunâtre, lou
oedématisé; on y trouve des
uns ont déjà subi une déq
neur du poumon droit, u
d'autres petits foyers de la

Le cœur est assez fort
graisse sur la surface antéri
par le ventricule droit. La
presque complètement disp
trouve des masses blanchi
Forte dégénérescence de la
renferme un liquide jaune,

La rate est de dimension
on trouve au niveau des pl

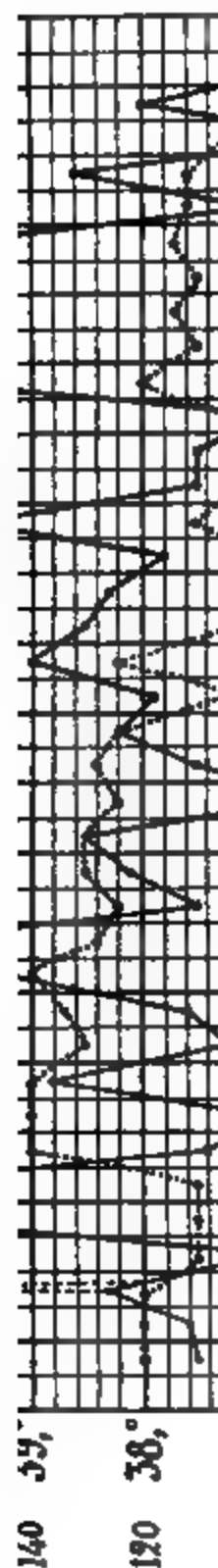
Les deux reins sont très
substance est friable.

Le foie est volumineux,
seuse.

679

s sont libres

timètres au-de
ces, présente
ause vaginale
lement avec u



gauche. L'orifice est entrouvert. La cavité utérine est remplie d'un liquide sablonneux et fétide. La muqueuse est très fortement épaissie, de coloration gris noirâtre avec quelques taches hémorragiques (endométrite putride); au-dessous de l'orifice interne, on trouve des foyers purulents de la grosseur d'une noisette. La musculature de l'utérus est blanc rosé et a une épaisseur de 1 1/2 centimètres.

En parcourant ces dernières observations, on remarquera l'absence complète du curettage comme traitement des affections puerpérales *post partum*. Dans l'observation A, il y avait évidemment une affection due à des saprophytes, des microbes vivant sur les débris de l'œuf, mais ne pénétrant point dans les tissus sains et provoquant cependant une élévation de température telle que les partisans du curettage se seraient empressés, le soir même de l'accouchement, de recourir à la curette. L'examen de la malade, le toucher intrautérin avaient cependant indiqué une cavité utérine complètement vide. Qu'aurait donc fait la curette? Pouvait-elle mieux qu'une irrigation intra-utérine emporter les quelques saprophytes qui végétaient dans l'utérus? Certainement non. Alors pourquoi faire courir à la malade les dangers d'un curettage et détruire des tissus sains qui servaient de barrière aux saprophytes et à leurs toxines? Nous voyons d'ailleurs que l'irrigation intrautérine provoque au second jour déjà une chute de température qui peu à peu se termine par la guérison.

On se demandera, peut-être, quelle doit être l'utilité de l'irrigation vaginale faite après la première constatation de fièvre. Très souvent, des lochies abondantes, quoique sans odeur, restent stationnaires au fond du vagin, et le col utérin, encore largement ouvert, se baigne en quelque sorte dans ce liquide purulent, contenant toujours un certain nombre de bacilles qui, inoffensifs dans le vagin, peuvent être plus dangereux pour la muqueuse utérine. Nous en avons l'illustration dans notre observation B, dans laquelle nous voyons la guérison survenir à la suite de simples irrigations vaginales.

Dans notre observation D, on verra l'importance et l'efficacité du curage digital qui, bien fait, a suffi largement à vider la cavité utérine. Ici, encore une fois, on assiste après le curage à une défervescence rapide et à une prompte guérison. En aurait-il été de même après le curettage? N'aurions-nous pas eu aggravation notable suivie de frissons répétés, ainsi que cela se produit si souvent après cette opération.

nt à la suite d'irrigations intrautérines
 ns nos observations F et G. Le toucher
 é d'anormal dans l'utérus, mais la haute
 ainement décidé les partisans du curet-
 lement pour détruire ou enlever toutes
 l est évident que cette opération était
 e nous avons obtenu d'aussi bons résul-
 : un curetage, on aurait sûrement attri-
 ette intervention rapide. L'abstention
 dangereuse opération n'est pas néces-

et malheureuse observation, aurions
 résultats si nous avions eu recours à la
 l'invasion microbienne nous fait pencher
 r même de l'accouchement, la tempéra-
 : apparaissent, nous montrant que déjà
 n le torrent circulatoire. Le curetage
 it arrivé trop tard. Quand la tempéra-
 nière élévation, l'infection avait déjà dé-
 uvait atteindre la curette, et c'est pour
 l'irrigation intrautérine n'a pas eu plus

comparer le taux de la mortalité à la
 le traitement que nous venons de dé-

sur 8 cas, 4 décès (50 0/0).

XVI (curetage) : sur 16 cas, 8 décès

l H (sans curetage) : sur 8 cas, 1 décès

ar conséquent, autorisés à bannir com-
 dans tous les cas d'endométrite puerpé-
 istant sur ce fait qu'un curage bien fait
 exécuté et des irrigations utérines amè-
 sques ni dangers pour la malade¹.

¹ Prof. Pinard (28), l'éminent directeur de
 propos d'un cas fort intéressant de phlegma-
 question du curetage au cours de l'infection

« et plus j'ai la conviction que nombre d'inter-

Nous recommanderons le traitement local de la fièvre puerpérale à l'Université de Lausanne par M. le

1° Dans les affections puerpérales, l'usage du mercure doit être *prohibée*.

2° Quand survient une éruption cutanée, la première chose à faire est d'écarter la vulve, du vagin et du col, de ne pas toucher intrautérin [gants] et de faire le diagnostic de la forme d'infection.

3° Y a-t-il infection vulvaire? On applique la teinture d'iode de 1 à 2 fois par jour.

4° Reste-t-il des débris de placenta? On fait un curetage digital, *précédé* et suivi d'antiseptique.

5° Y a-t-il infection utérine? On fait 1 0/0 à 2 0/0, pratiquée une fois par jour pendant 24 heures, puis, si cela est nécessaire, pendant deux ou trois jours, par l'ergotine et la vessie de chat.

6° Y a-t-il infection générale?

On fait des injections intra-utérines de sérum antiseptique après le huitième jour qui suit l'accouchement, de façon à ne pas généraliser l'infection..... H. Baudelocque, après son accouchement, devait faire des injections intra-utérines. Aujourd'hui l'expérience a fait connaître le danger de cette thérapeutique.

« Depuis 1894, les curettages de Baudelocque, c'est-à-dire que j'ai faits sur des couches pathologiques, et aujourd'hui dans des cas exceptionnels, car l'usage du mercure est *prohibé*. »

« Je me permettrai de dire qu'aujourd'hui nous avons abandonné l'usage du mercure dans la fièvre puerpérale. »

En opposition formelle avec P. Baudelocque, dans les suites de couches, on ne doit pas faire de curetage dangereux.

La mortalité par septicémie puerpérale a été en 1903 et 1904, 0,18 % et 0,07 %.

¹ Ou au lysolforme 2 %

et portons tout notre effort thé-
soutenir l'organisme et de l'aider
ctieux.

Biographique

e l'écouvillonnage de l'utérus dans l'en-
ad. de méd. de Paris. 3^e série, T. XX,

l'Art des accouchements, T. IV, p. 692.

Archiv. f. Gynakol. Bd. 37. 1890.
vol. I, p. 128. 1890.

ales de médecine. 1891.

endometritis puerperalis, Wien 1891.

Puerperalfieberfrage; Die Therapie des
Vorträge, N° 12, p. 100. 1891.

rtsh. u. Gynakol. 1891.

with peritonitis and their treatment by
reasing. Amer. jour., of obst. Vol. XXV,

in puerperal fever, Brit. med. Jour.,

eral Sepsis. Am. Journ. of obst., Vol.

ans localisation n'existe pas. Rev. méd.

al treatment of the puerperal septic
urn., vol. XI, n° 5. 1895.

iment de l'infection puerpérale. 1896.

rus dans la fièvre puerpérale. Thèse de

la fièvre puerpérale. 1899.

Eingriffe beim puerperal Fieber, Aertz

obstétricale, p. 234. 1902.

loc. d'obst. de gyn. et péd. de Bordeaux,

ttage dans l'inf. puerp. Soc. obst. de
l, p. 218. 1902.

nd the curette, Americ. med compend.

io uteri im Wochenbett, Correspondenz
. p. 618. 1902.

- BRFF. Zur Behandlung des Puerperalfiebers. *Ibid.* N° 2. 1903.
 . Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. *Locale Behandl.*
 ralfieber, p 687. 1903.
 K, Hamburg. Über einen seltenen Fall von Uterus Zerreis-
 tes-rendus de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de*
e Paris, tome VIII, mars, avril, mai, juillet, 1905.

Une nouvelle Tuberculine.

par Ed. BÉRANCK

Professeur à l'Académie de Neuchâtel (Suisse)

hisiologues qui ont abordé le problème de la curabilité
 'culose se sont placés à des points de vue très différents.
 at cherché à le résoudre par des procédés plutôt em-
 ui se sont traduits par les innombrables médicaments
 at la thérapeutique de la tuberculose. Les autres se
 qués à le résoudre en partant des données plus scien-
 e nous ont fournies les théories actuelles de l'immunité.
 hodes bactériologiques ont certainement fait faire un
 à la phthisiothérapie, car elles ont permis de préciser
 ons à remplir pour étudier avec quelques chances de
 problème épineux de la guérison de la tuberculose.
 endances dominant les travaux des bactériologistes
 omaine. Ce sont : 1° la sérothérapie ; 2° la tubercu-
 ie.

l'aborder la tuberculinothérapie qui fera l'objet de
 munication, disons quelques mots de la sérothérapie.
 thérapie confère à l'organisme une immunité passive.
 it au malade les anticorps dont il a besoin pour lutter
 tage contre l'activité pathologique du bacille de Koch.
 un agent thérapeutique efficace, un sérum anti-tuber-
 t non seulement neutraliser les effets des toxines du
 Koch, il doit encore sensibiliser ce bacille de façon à
 a destruction par les moyens naturels de défense de
 . Si les corps en présence, sérum et bacilles, se com-
 in *vivo* comme ils le font *in vitro*, la sérothérapie cons-

ffres accompagnant les noms propres renvoient à l'index biblio-
 ui suit ce travail.

choix dans la lutte contre la tuberculose. propriétés antitoxiques et bactéricides ont le processus tuberculeux chez le mammifère, mais pas ainsi dans la pratique, les milieux réactifs représentent des milieux biochimiques dans lesquels le sérum injecté ne conserve pas les propriétés qu'il manifestait *in vitro*. La sérothérapie n'a certainement pas dit son dernier mot ; cependant, elle n'a réalisé que d'une partie des espérances qu'elle avait fait naître.

On vise à une immunisation active en injectant dans l'organisme les anticorps nécessaires, par le processus physiologique. L'immunité obtenue est, comme on le sait, beaucoup plus durable que la sérothérapie. Exigeant une collaboration de l'organisme, elle met aussi à se manifester un temps long et demande une technique assez complexe. Dans la tuberculinothérapie une vaccination obtenue soit à l'aide des bacilles eux-mêmes morts ou vivants — soit à l'aide d'émulsions, soit enfin à l'aide des produits du bacille de Koch dans ses milieux de culture, je n'entends nullement préjuger de l'identité des différents corps servant à la vaccination, question que j'aurai l'occasion de traiter plus tard. Je veux simplement grouper sous un même nom les différentes vaccinations qui relèvent directement de la tuberculose, procédés dont le plus connu est la tuberculine de Koch.

La vaccination de l'homme ou l'animal contre la tuberculose la plus rationnelle consisterait, semble-t-il, dans l'emploi de bacilles atténués, mais possédant encore une certaine virulence, et à ce que l'accoutumance de l'animal en soit facilitée.

L'individu répondra à ces injections en mettant en œuvre les moyens de défense dont il dispose. Il se débarrassera des bacilles injectés et finira par résister à la tuberculose virulente qui l'eussent tué sans la vaccination.

La vaccination est d'autant plus délicate à manier que l'individu est plus sensible à l'infection tuberculeuse. C'est pourquoi, chez l'homme, on a essayé, avec un succès variable, l'usage, chez l'adulte, d'un animal très réceptif à la tuberculose.

rimentale, est laborieuse à obtenir, tandis que celle du veau, que les expériences classiques de von Behring (1) l'ont prouvé, est relativement aisée. Il n'est point nécessaire pour immuniser une espèce animale de partir de bacilles adaptés à cette espèce ou à des espèces appartenant au même ordre zoologique. Von Behring et d'autres après lui ont immunisé le cobaye aussi bien avec des bacilles tuberculeux d'origine humaine qu'avec des bacilles d'origine bovine. Mais il y a plus, Friedmann (2) a retiré d'une tuberculose spontanée de la tortue le bacille qui est relativement peu pathogène pour le cobaye. Les injections préventives de ce bacille protègent le cobaye contre des doses sûrement mortelles de tuberculose des mammifères, et cependant les bactériologistes se refusent à admettre l'immunité spécifique de formes bacillaires provenant de groupes zoologiques aussi éloignés que les Reptiles et les Mammifères. Si l'on suppose que les faits avancés par Friedmann soient exacts, il découlerait cette conclusion paradoxale qu'il est plus facile d'immuniser le cobaye contre le bacille de Koch, en partant de la tuberculose des reptiles qu'en partant de celle des mammifères. Cette inoculation de bacilles vivants est donc susceptible d'immuniser les animaux en expérience. Toutefois, si cette méthode donne d'excellents résultats au point de vue préventif, par contre au point de vue curatif, ses effets sont beaucoup moins satisfaisants. Elle est appelée à rendre de grands services dans la vaccination active de nos mammifères domestiques, mais elle n'est guère applicable à l'homme. En effet, le mode de réaction à la tuberculose variant dans une très large mesure d'un individu à l'autre, il est impossible de prévoir pour chaque cas particulier, comment se comporteront des bacilles vivants injectés dans l'organisme humain. Nous sommes incapables de prévoir quelle sera la répercussion de ces bacilles aussi bien sur l'homme sain que sur l'homme malade, surtout lorsqu'il s'agit de injections qui doivent se répéter un certain nombre de fois pendant le cours du traitement et dont les effets éloignés nous échappent en partie.

En croire les expériences toutes récentes de Libbertz et Engel (3), le bacille de Friedmann serait moins inoffensif pour les mammifères que ne le prétendait ce savant. Ce bacille isolé de la tortue tuberculeuse et en état d'immuniser le bœuf et le cobaye, déterminerait à plus ou moins longue échéance une mortification de ces animaux. En présence de la possibilité de

l'apparition de ces phénomènes toxiques éloignés, la vaccination par les bacilles vivants ne saurait être appliquée à l'homme. En est-il de même des bacilles tués soit par leur chaleur, soit par d'autres procédés ? Les bacilles tués sont, en soi, moins dangereux que les vivants. Malgré les propriétés vaccinales dont ils jouissent, leur utilisation dans la thérapeutique humaine n'est cependant pas à recommander. Les bacilles morts, injectés à l'homme, déterminent — de même qu'un corps étranger — une réaction des tissus dans lesquels ils sont introduits, et leur présence peut donner lieu à un abcès d'inoculation.

De plus, en injectant des corps bacillaires, nous introduisons dans l'organisme aussi bien des substances nuisibles que des substances utiles. Par exemple, les composés aliphatiques (graisses et cires) qui forment l'enveloppe du bacille de Koch sont par eux-mêmes toxiques. Ils sont difficilement digérés par l'organisme et provoquent des phénomènes réactionnels parfois très intenses. Ces composés ne jouant qu'un rôle passif dans la vaccination, il est tout indiqué de les éliminer. Nous sommes ainsi amenés à nous poser la question suivante : Puisque le bacille de Koch vivant ou mort présente de sérieux inconvénients dans le traitement préventif ou curatif de la tuberculose chez l'homme, le bacille de Koch n'élabore-t-il pas des toxines qui puissent être utilisées comme vaccins ? C'est en cherchant à résoudre cette question que Koch a découvert sa célèbre tuberculine.

Que représente cette tuberculine de Koch ? Son mode de préparation est trop connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire. Relevons cependant ce fait que la tuberculine n'est pas seulement les produits élaborés par le bacille de Koch dans son milieu de culture, mais encore des substances extraites des corps bacillaires par un milieu glycéro-salé en plus concentré et à chaud. Par ce mode de préparation nous plaçons dans des conditions anormales, puisque nous mettons les produits de sécrétion des bacilles à l'action dévitalisante de la chaleur et que nous introduisons dans le sang de l'homme, par extraction glycéro-salée, des produits qui ne sortissent pas aux échanges nutritifs normaux de ces cellules.

La tuberculine de Koch n'est pas une individualité chimique. C'est un mélange, et malgré tous les efforts des bactériologistes il a été impossible d'isoler la ou les substances actives qu'elle contient. Ne pouvant travailler sur des produits chimiques

définis, nous en sommes réduits pour déterminer les propriétés des tuberculotoxines à des méthodes physiologiques, c'est-à-dire à l'action exercée par ces toxines sur l'animal sain ou malade.

Le problème qui se pose est le suivant : Le mode de préparation de la tuberculine de Koch introduit-il dans les bouillons de culture, des substances bacillaires qui ne s'y trouvent pas normalement, et modifie-t-il sous l'influence de la chaleur les produits de sécrétion normaux élaborés par le bacille dans les conditions de culture données ? En d'autres termes la différence d'action entre le bouillon cultivé et filtré d'une part et la tuberculine de Koch d'autre part est-elle quantitative ou qualitative ? Nous ne pouvons tenter la solution de ce problème que par voie indirecte et pour cela il est indispensable de passer rapidement en revue les propriétés physiologico-pathologiques de la tuberculine de Koch.

Avant tout, faisons ressortir que les toxines de la tuberculine ont une allure particulière. Le bacille du tétanos, celui de la diphtérie cultivés dans des bouillons appropriés y sécrètent une toxine dominante capable de reproduire chez l'animal inoculé les symptômes caractéristiques de ces affections microbiennes et de le tuer à des doses extraordinairement faibles. Il n'en est pas ainsi de la tuberculine. Celle-ci jouit de la curieuse propriété d'être beaucoup plus toxique pour l'animal tuberculeux que pour l'animal neuf. L'intoxication par la tuberculine se traduit par deux effets pathologiques auxquels on attribue une valeur spécifique et qui atteignent leur maximum d'intensité chez les animaux tuberculisés : 1° un effet thermique ; 2° un effet léthal.

1° *Effet thermique.* La réaction thermique de l'organisme tuberculeux à l'inoculation de faibles doses de tuberculine semble si caractéristique qu'elle est utilisée à titre diagnostique aussi bien chez l'homme que chez les animaux. Est-elle réellement spécifique ? Des bactériologistes ont affirmé avoir obtenu une réaction de même nature en injectant à des animaux tuberculeux, soit des protéines de diverses provenances, soit des albumoses. Kühne (4) avait déjà remarqué que plus les substances injectées se rapprochaient des vraies peptones, plus aussi la réaction observée se rapprochait de celle de la tuberculine. Il ne suffit pas de constater une réaction thermique pour identifier la toxine hyperthermisante de la tuberculine à une albumose ou à une protéine ; il faut encore que les courbes thermiques respec-

ent. Or, Kasperek (5), Zupnik (6) sont pas superposables d'où il s'ensuit que les protéines expérimentées ne permettent pas de conclure à l'identité de la tuberculine. Kinghorn (7) prétend que les protéines cutanées donnent à l'animal tuberculeux une réaction comparable à celle de la tuberculine. Cette conclusion en me servant d'une solution dans l'eau glycinée à 5 %. faite avec les mêmes protéines employées pour les bouillottes. Cette solution, qui n'a pas l'action toxique de la glycérine à dose de 1 cc. ce qui répond à la dose donnée chez le cobaye tuberculeux, donne un maximum de la courbe thermique accompagnant la tuberculine d'une certaine importance, puisque les animaux reçoivent toujours des peptones qu'on ajoute pour en renforcer la valeur

semblent susceptibles de provoquer une réaction semblable à celle de la tuberculine. Feistmantel (8) ont établi que la réaction du farcin des bovidés produite par la voie sous-cutanée, une réaction comparable à celle de la tuberculine. Les expériences de Feistmantel et les expériences de Kinghorn sont tout aussi sensibles à la tuberculine. Inversement, les cobayes inoculés avec le farcin, ont une réaction typique que celle provoquée chez le cobaye à la même dose de quatre milli-

grammes représentant la tuberculine. Kinghorn le prétend. En se servant de la solution de bacilles de la tuberculose des bovidés, cette courbe se montre environ la même que ce maximum est reporté vers la gauche, lorsque on emploie de la tuberculine. La réaction thermique varie en fonction de la dose. Chez les bovidés par

exemple, le maximum de température partir de la 9^{me} ou de la 10^{me} heure et comme chez les cobayes. Il ressort de tuberculine-réaction tout en étant suffisant pour asseoir dans la pratique courante, n'est pas strictement spécifique, la toxine sécrétée par le streptothrix du 1^{er} quant, chez le cobaye tuberculeux, une chose possible. Cela tient sans doute à ce que exercent sur les cellules des centres nerveux des altérations pathologiques semblables.

2° *Effet léthal*. L'action toxique de la tuberculine a ceci de particulier qu'elle est plus marquée chez le cobaye tuberculeux que chez le cobaye neuf. Le cobaye tuberculeux est d'ailleurs plus sensible à la tuberculine soit déjà plus ou moins imprégné par des bacilles tuberculeux, soit par des cultures pures de bacilles tuberculeux. Cette toxine, pour être active, doit être administrée à un cobaye tuberculisé depuis 5 à 6 semaines à la dose de 0,1 cc. Elle agit en retentissant sur le système nerveux central et en détruisant les centres fonctionnels dont le plus saillant consiste dans la formation de foyers tuberculeux. Les expériences de Lingelsheim (10) et celles de Koch (11) sur la tuberculine de Koch est incomparablement plus active que l'inoculation intra-cérébrale qu'en inoculant la tuberculine de Koch. Chez le cobaye tuberculeux, la dose létale est de 0,1 cc. Cérébrale n'est plus que d'un millionième. Les recherches de Borrel ont mis en lumière que la malleine inoculée par la voie intracérébrale est plus toxique pour le cobaye tuberculeux que la tuberculine de Koch. L'action toxique qu'elle soit inoffensive par la voie sous-cutanée. L'effet léthal de la tuberculine de Koch n'est pas dû à son action pathologique sur le système nerveux central et appartient aussi à d'autres toxines microbiciennes.

Au point de vue chimique nous ne savons rien sur la nature des toxines que renferme la tuberculine. Nous savons que celles-ci ne sont pas détruites par la chaleur, d'être thermolabiles comme les diastases, mais qu'elles résistent même à une température de 200° C. Les hypothèses au sujet de la nature chimique des toxines de la tuberculine. Koch a cherché à purifier sa tuberculine brute par l'alcool

précipité se rattache au groupe des albumoses. En particulier, en soumettant à l'analyse chimique par l'alcool à 60 %, on isole des albumoses dont dominent les deutéro-albumoses. Les bouillons non cultivés contiennent des albumoses provenant soit des peptones, soit de la tuberculine, de sorte qu'il est difficile de faire le départ entre celles d'origine bacillaire et celles qui sont d'origine de culture.

Les expériences établies, revenons à la question que nous avons posée : le mode de préparation de la tuberculine. On trouve dans les bouillons de culture des substances qui ne s'y trouvent pas normalement et qui, sous l'influence de la chaleur les produits de sécrétion des bacilles dans les conditions de culture. On peut dire : Les effets physiologiques des bouillons cultivés, mais simplement filtrés, sont-ils les mêmes que ceux provoqués par la tuberculine ?

On sait que la tuberculine animale est plus active que la tuberculine végétale. L'animal sain. D'après les observations, l'animal tuberculeux serait même plus sensible à la tuberculine filtrée qu'à celle de la tuberculine végétale. On a vu que des doses de bouillon filtré équivalentes à des doses de tuberculine de Koch sont mortelles. Cette sensibilité plus grande de l'animal qui concerne la réaction thermique, la toxicité des toxines contenues dans les bouillons, les manipulations auxquelles on soumet pendant la préparation de la tuberculine.

La toxicité et létal ou toxique du bouillon filtré de Koch est beaucoup plus caractérisée par des doses très fortes de bouillon filtré que par des doses d'intoxication bien appréciables. On a établi que le lapin supportait par voie intraveineuse 20 cc. de bouillon filtré sans en être affecté. On a vu (14) a injecté sous la peau de 0,5 cc. à 20 cc. de bouillon filtré

(tuberculine de Denys) et part — il n'a pas observé nettement caractérisée. Kolon filtré, puis concentré a toxique que sa tuberculine

Il ressort de ce qui précède que les bouillons filtrés et la tuberculine de Koch ne marchent pas de la même manière et déterminent déjà un effet plus faible que l'effet léthal est incomparablement plus faible que la tuberculine. Il me paraît donc probable que la dissociation de l'effet thermique des bouillons filtrés par la tuberculine de Koch consisterait seulement à répartir les effets dans chacun de ces milieux. Qu'il en soit ainsi ou non, et dans les bouillons filtrés l'effet est incontestable. Toutefois, l'action modificatrice exercée par les bouillons communs, la tuberculine d'essai et la tuberculine augmentent la toxicité et la mort dans les bouillons filtrés. En effet, si l'on prend et desséchés, introduisons-les dans l'eau et soumettons le tout au bain-marie, nous obtiendrons après filtration les mêmes effets physiologiques et pathologiques que la tuberculine de Koch. L'ébullition des bacilles dans l'eau glycinée (15) une toxine encore plus forte que l'eau glycinée. Or, il s'agit de produits d'extraction et non de produits d'extraction, mais de produits d'extraction, nous ne pouvons identifier les bouillons filtrés avec les produits résultant de l'extraction à des tuberculines (Koch, Denys, etc.) produits d'extraction de bacilles au même mode de préparation, Koch a donc des substances spéciales provenant de la plasmique des bacilles sous l'influence de l'eau bouillante. Comme nous l'avons vu, les substances spéciales sont justifiées par l'effet de la tuberculine de Koch son pouvoir toxique. En résumé, les différences

as seulement d'ordre quantitatif ;
atif. Je reviendrai sur ce sujet en
uberculine.

ous les efforts des bactériologis-
ines à l'aide desquelles on puisse
l contre la tuberculose. On est
ette vaccination ne pouvait être
aussi actives que possible. Les
ques, on s'est appliqué à extraire
s substances actives. Tel est le
et de celle de Maragliano. Pour
isième tuberculines, Koch s'est
lles dont il cherchait à extraire les
s procédés purement mécaniques.
grand avantage de représenter
substances relativement définis-
iscutable, puisque ces substances
. Aucune matière étrangère ne
physiologiques ou pathologiques.
extraits représentent réellement
ues des corps bacillaires. En
xercent sur ces constituants une
orte de tenir compte. Nombreux
les tuberculeux ; leur étude com-
ici. Je les envisagerai surtout au
és vaccinales. Je les répartirai
uits aliphatiques, 2° les extraits

ues forment, comme on le sait,
h. Elles n'appartiennent pas en-
trent aussi chez toutes les espèces
présentées principalement par des
des alcools supérieurs, des acides
de ces substances aliphatiques
tes non seulement d'une variété
re, mais aussi parmi les représen-
après les analyses de Schweinitz
ibres par exemple, constitueraient
asse des bacilles dans le type
de cette enveloppe dans le type
t pas tirer de ces chiffres la con-

clusion que la virulence des bacilles est due à la quantité d'acides gras libres contenus dans les bacilles. Rien ne prouve qu'il en soit ainsi. L'action vaccinnante des extraits aliphatiques est faible, soit sur le cobaye tuberculeux, soit sur le chien, ce qui n'a rien de surprenant puisque, comme nous l'avons vu, les acides gras sont pas spécifiques du bacille de Koch.

2° Les extraits protéiques, de par leur nature, sont plus spécifiques que les précédents. Les recherches de Kottmann (18) isolent des corps bacillaires dans les milieux de culture préparés avec du lait, et il a noté la présence d'une nucléine et d'un nucléoprotéide, caractérisées chacune par sa teneur en azote, tandis que Kühne (4), dans des milieux de culture avec l'asparagine, n'y peut déceler rien.

Ruppel (11), qui a attaqué les corps bacillaires par l'acide acétique à chaud et par les alcalis, a obtenu des substances donnant très imparfaitement des réactions minérales. Quant à l'extrait aqueux des bacilles broyés selon la méthode de Koch, Ruppel y a trouvé des albumines coagulables et du biuret, mais peu marquée. Par cet extrait aqueux une nucléine qu'il a purifiée, appropriée, fournit de l'acide tuberculo-nucléinique, ainsi qu'une base, la tuberculosamine. Cette réaction des albuminoïdes que ce sont les propriétés basiques et se trouve commune aux bacilles à l'acide tuberculinique.

Tous les faits avancés par Ruppel, von Behring, Römer et Ruppel (1), confirment la spécificité de la tuberculose. Von Behring a vu que la substance spécifique de la tuberculose fournit de l'acide tuberculo-phosphorique, et von Behring, la tuberculosine caractéristique des bacilles tuberculeux, est une toxine tuberculeuse sans un noyau phosphorique.

Remarquons que tous ces produits

tuberculo-nucléine, très intéressants à connaître au point de vue de la structure chimique de cette nucléine, sont obtenus soit à l'aide d'agents mécaniques (broyage des bacilles), soit à l'aide d'agents chimiques. La tuberculo-nucléine constitue incontestablement une part importante du corps protoplasmique des bacilles de Koch, mais rien ne prouve que l'acide tuberculinique se trouve à l'état libre dans les bacilles vivants et puisse passer dans ces milieux de culture, à moins qu'il ne se produise une macération de ces bacilles. Du fait des propriétés toxiques de la tuberculosine, il est en outre téméraire d'affirmer que les effets nocifs dus aux toxines des bacilles tuberculeux sont liés à la présence d'un noyau de tuberculosine dans ces toxines. On sait qu'un noyau chimique quelconque ne garde pas intacte son individualité physiologique à travers toute la gamme des composés à la constitution desquels il prend part. Quant à la tuberculosamine, qui fait partie de la tuberculo-nucléine à titre de protamine, sa molécule se disloque en fournissant comme produits secondaires des bases hexoniques, c'est-à-dire de la tuberculo-arginine, de la tuberculo-histidine et surtout de la tuberculo-lysine. Les toxines dérivées de la tuberculo-nucléine ont été expérimentées par Behring et ses collaborateurs au point de vue de leur action immunisante ; elles ne donnent pas à cet égard de meilleurs résultats que l'ancienne tuberculine de Koch et exercent les mêmes effets physiologiques et pathologiques.

Maragliano (15) distingue deux catégories de toxines : les toxalbumines qui passent dans le milieu de culture et les toxoprotéines qui restent adhérentes aux corps bacillaires. Les toxalbumines sont thermolabiles, elles sont déjà détruites à une température de 55° à 60° C. Les toxoprotéines au contraire supportent d'être exposées à 100° C. sans perdre leur propriété toxique ; elles s'obtiennent facilement en faisant bouillir les bacilles dans l'eau. D'après Maragliano, ces toxoprotéines sont spécifiques, mais en fait, elles ont les mêmes propriétés que les toxines de la tuberculine de Koch et ne sont guère plus immunisantes que cette dernière contre la tuberculose expérimentale, du moins chez le cobaye.

Nitta (20) soutient que la véritable toxine du bacille de Koch est une albumose à laquelle il a donné le nom de tuberculo-albumose. Elle ne paraît pas différer beaucoup de l'albumose isolée par Kühne de la tuberculine ; toutefois, elle serait cinq fois plus active que la tuberculine de Koch purifiée.

Les extraits protéiques — que je ne puis tous passer en revue — représentent chacun soi-disant la véritable toxine spécifique du bacille de la tuberculose. Quel que soit leur mode de préparation, ces extraits ont comme caractère commun leur pouvoir toxique non seulement vis-à-vis de l'animal tuberculeux, mais aussi vis-à-vis de l'animal neuf. Par leurs effets physiologiques, ils se rapprochent tous des toxines contenues dans la tuberculine de Koch et leur action, tant préventive que curative, contre la tuberculose expérimentale est du même ordre que celle de cette tuberculine. Cette similitude s'explique facilement puisque, comme nous l'avons vu, la tuberculine de Koch doit surtout ses propriétés toxiques à l'extrait protéique qu'elle contient de par son mode même de préparation.

Ces extraits inoculés à doses croissantes immunisent l'animal, mais le sérum obtenu — tout en neutralisant l'effet léthal des toxines *in vitro* et *in vivo* — se montre impuissant à enrayer l'évolution de la tuberculose expérimentale. Ceci nous prouve que l'antitoxine des sérums antituberculeux ne joue pas le rôle d'une sensibilisatrice spécifique à l'égard du bacille de Koch. Ruitinga (21) a signalé la présence de sensibilisatrices spécifiques dans le sérum de cobayes inoculés avec des cultures de bacilles tuberculeux appartenant au type humain. Les résultats obtenus par Ruitinga n'ont pas été confirmés, du moins en ce qui concerne le cobaye et le lapin. Bordet et Gengou (22) ont observé que le sérum de cobayes inoculés de bacilles tuberculeux humains ne contient pas de sensibilisatrice spécifique, tandis que le sérum de cobayes inoculés de bacilles tuberculeux aviaires en contient une qui, chose curieuse, est active contre les deux races de bacilles à la fois. Les recherches de Dembinski (23) ont montré que chez des lapins inoculés les uns avec du bacille aviaire, les autres avec du bacille humain, les premiers seuls élaboraient une sensibilisatrice spécifique qui elle aussi est également active contre ces deux races de bacilles. Et cependant, malgré l'absence d'une sensibilisatrice spécifique, il est possible de vacciner le lapin et même le cobaye contre le bacille de Koch.

De ce qui précède il ressort que l'immunisation active des animaux de laboratoire ou des animaux domestiques par l'inoculation de bacilles vivants ou même de bacilles morts est parfaitement réalisable, tandis que l'immunisation par la tuberculine de Koch et par les extraits bacillaires similaires ne l'est pas. En inoculations préventives, cette tuberculine a plutôt la

développement de la tuberculose que s animaux inoculés. On ne peut donc de Koch aux produits élaborés dans les bacilles vivants, puisque les effets sont différents. C'est pourquoi j'ai cherché soit de substances vaccinales par le bacille dans le milieu de culture, soit à extraire ces substances en altérant le moins possible les propriétés de ces bacilles.

Enfin, est parti de l'idée que la tuberculine n'est pas la vraie toxine du bacille tuberculeux, mais que la tuberculine agit sur les bacilles pour leur faire sécréter la vraie toxine et prétend démontrer *in vitro* en cultivant des bacilles jeunes dans un mélange de sérum leucotoxique et de foie glyceriné. Cette vraie toxine a des propriétés immunisantes et sert à combattre les tuberculeux. Je ne discuterai point les expériences de Marmorek. Je ferai seulement remarquer qu'il en tire des conclusions qui ne découlent pas de ses constatations. La tuberculine de Koch n'est pas la vraie toxine sécrétée par le bacille tuberculeux, mais pour ma part à cette proposition. Dans les expériences de veau et de bouillon de foie, on n'a pas trouvé une toxine autre que la tuberculine. Marmorek conclut de cette affirmation que le bacille sécrète dans son milieu de culture est la vraie toxine dans l'organisme humain. Cette proposition et rien ne prouve qu'il en soit ainsi, mais elle devrait être appuyée par des données expérimentales, qui malheureusement font défaut. Les expériences de la toxine contenue dans le milieu de culture ne semblent pas plus accusées que celles qui ont été étudiées jusqu'à présent.

Enfin, mes idées directrices dans une conférence de Paris (25). Il suffit de suivre les expériences faites sous la peau de cobayes pour se convaincre que les bacilles sont attirés au point d'inoculation, et que le processus tuberculeux se développe dans les lymphatiques avoisinants. Les bacilles agissent par conséquent sur les phagocytes du cobaye

chimiotaxie positive. Ces phagocytes englobent les bacilles en grand nombre, mais, en général, sont impuissants à gérer : cela dépend il va sans dire de la virulence des cultures inoculées. Si les bacilles sont avirulents, les phagocytes les avoir englobés, en débarrassent l'organisme par une action intracellulaire. Si les bacilles sont virulents, ils paralysent l'action diastasique du protoplasme des phagocytes ; ils passent à la digestion intracellulaire et finissent par déterminer la mort des phagocytes qui les ont capturés.

Pour enrayer l'évolution de la tuberculose, le problème consiste donc moins à neutraliser par des anticorps les toxines émises qu'à augmenter la résistance des phagocytes et à renforcer leur fonction bactériolytique. Cette éducation des phagocytes, ce renforcement de leur fonction bactériolytique, comparables à l'immunisation active de l'organisme, peuvent-ils être réalisés à l'aide de produits solubles ? L'expérience seule nous permet de répondre à cette question. Dans une étude de ce genre, il importe de se rappeler que les toxines contenues dans les milieux de culture peuvent représenter aussi bien des modifications chimiques des substances constitutives de ces milieux, que des produits de sécrétion des bacilles qui y sont cultivés. Or, nous trouvons en présence de produits qui tirent leur origine du métabolisme normal des bacilles dans les conditions déterminées par la composition chimique de leurs milieux de culture. Afin de conserver intacts ces produits, il faut éviter avec soin de les soumettre à l'action d'agents physiques ou chimiques capables d'en altérer les propriétés.

On sait depuis longtemps que la virulence et les aptitudes pathogènes par exemple, sont des propriétés contingentes des microbes en général. Elles s'atténuent dans certains milieux de culture, se relèvent dans d'autres et sont fonction de modalités chimiques de ces microbes, modalités que nous ne parvenons pas toujours à réaliser dans la pratique. Il en est de même pour le bacille de Koch. A des variations dans les conditions chimiques du milieu correspondent dans une certaine mesure des variations dans les produits élaborés. Bien que les transformations qui s'accomplissent dans les bouillons tuberculeux soient très complexes, nous pouvons prendre sur le vif les rapports existant entre les modifications des conditions nutritives d'une part et les modifications du métabolisme bacillaire d'autre part. Il est un caractère qui nous renseigne de suite sur la

nature de certains échanges intervenus entre le bacille de Koch et son bouillon de culture, c'est la réaction chimique que ce bouillon présente, une fois la croissance de la culture achevée.

En ensemençant des bouillons très légèrement alcalins au début, on constate après culture que la réaction du milieu est variable. Tantôt cette réaction est encore alcaline ou neutre ; tantôt, elle est devenue franchement acide. Or, on peut obtenir une production constante d'acidité avec un rendement à peu près fixe en alcalinisant le bouillon de culture par l'hydrate de chaux, toutes les autres conditions nutritives restant invariables. Il est probable que ces variations du métabolisme se traduisant par une production constante d'acidité — environ 20 cc. de soude normale par litre, titrée à la phénolphtaléine — retentissent aussi sur les autres substances élaborées par le bacille de Koch. Ces variations jouent certainement leur rôle dans la toxicité définitive du milieu de culture et contribuent soit à exalter cette toxicité, soit à l'atténuer. Dans ma note à l'Académie des sciences, j'avais désigné les toxines produites en bouillon alcalin sous le nom de Basitoxines. Comme j'ai modifié mon procédé de culture, je ne fais que les mentionner en passant.

Ces modifications ont été motivées par les observations que j'avais faites au sujet de l'action des peptones sur les animaux tuberculeux. J'avais constaté que les solutions de peptones dans l'eau glycinée à 5 % exercent à elles seules une action thermique et élèvent de près de 1° C. la température de cobayes tuberculeux. Afin d'éliminer autant que possible les causes capables de troubler l'effet des toxines tuberculeuses proprement dites, j'ai supprimé les peptones de mes bouillons de culture et je ne donne aux bacilles de Koch comme aliments albuminoïdes que les dérivés protéiques de la macération de viande de veau. L'alcalinisation par l'hydrate de chaux telle que je la pratiquais auparavant, élimine une partie des matières protéiques du bouillon de veau. Comme je ne le renforce pas par l'adjonction de peptones ou d'autres aliments protéiques, ce milieu devient alors trop pauvre en albuminoïdes et les cultures y poussent mal. J'ai donc renoncé à alcaliniser mon bouillon qui garde ainsi son acidité primitive. Le bacille de Koch y pousse moins abondamment que dans les milieux usuels peptonisés et neutralisés, mais il y fournit quand même de belles

l'Académie de Neuchâtel, veut bien à ce moment qu'esquissée. A côté d'acides mineurs, une faible part dans l'acidité totale, il y a des acides spéciaux, dont la nature n'est encore déterminée. Il n'est pas impossible que ce soit le tétraconique que de Schweinitz et ses collègues ont trouvé dans leur bouillon tuberculeux doit être l'acide principal. Ces savants ne l'ont pas du reste isolé, ce qui expliquerait la différence des

résultats. Pour la réparation, je n'introduis dans mes bouillons albumoses qui puissent modifier ou modifier les propriétés physiologiques et pathologiques des toxines. Pour la culture, ces bouillons sont filtrés sur papier d'amberland; ils sont ensuite évaporés, à l'eau de baine-marie, jusqu'à consistance sirupeuse. Je ne présume pas que ces ainsi obtenues représentent les vraies toxines, c'est-à-dire celles que ce bacille humain. Mais mon bouillon ne contenant pas d'échanges vitaux entre le milieu de culture donné. Ces produits sont donc de pure culture physique ou chimique capable de servir à l'étude.

Le milieu influence le métabolisme du bacille. On a la preuve en étudiant le mécanisme de la culture dans mes bouillons de culture. Cette influence est tout aussi évidente, lorsqu'on étudie les propriétés physiques de ces bouillons. Ces derniers ont une couleur, à ma connaissance, n'a pas encore été observée d'une teinte vert-jaunâtre. Ce phénomène de fluorescence dans mes bouillons n'a pas été noté, comme il était inconstant et peu remarquable. On n'a prêté l'attention qu'il méritait. Dans ces bouillons la fluorescence prend plus d'ampleur. Sous la lumière réfléchie, elle rend le bouillon

de mes bouillons est lié à la présence d'une substance spéciale dont la nature n'a pu encore être déterminée. Cette substance dérive soit du bacille lui-même, soit d'une substance unissante interbactérienne sous l'influence de la culture. Elle serait déversée dans le milieu de cul-

ture par suite des échanges nutritifs (cette n'apparaît en effet qu'après 1 Elle atteint son maximum lorsque les maines à 2 mois à l'étuve et qu'elles sance. Le voile recouvrant le bouillon élastique, assez résistant, devient à plus mou et tend à s'affaïsser. La culture la filtration. On pourrait croire que ce la macération dans toutes les vieill en milieu liquide. Il n'en est rien. 4 mois des cultures tuberculeuses en la fluorescence devint bien caractéristique, favorise la production de ces les ballons de culture, le voile se détache des préparations microscopiques de cette substance unissante des bacilles est tre, après filtration de mon bouillon stérile, puis séchés dans le vide, forme qui se laissent difficilement désagréger le séchage favorisait l'adhérence des gail

Bien qu'elles n'aient pas été élaborées que le nom de basitoxines ne leur soit attribuerai à désigner par les lettres TB les toxines contenues dans mon bouillon nutritif tonisé. Quels sont les effets physiologiques de ces toxines ? Elles exercent un effet thermique de certaines limites, avec la dose invariable d'une dose plutôt forte de TB à dose 0,1 cc. par exemple — l'effet thermique par une légère chute de température maximum vers la 4^{me} heure ; puis, après un tel maximum, la courbe des températures jusqu'à la normale (2 à 3 jours), tout est fébriles plus ou moins accusées. Après 24 heures, l'apparition du maximum est généralement plus marquée mais le retour à la normale est plus rapide.

L'homme tuberculeux est aussi très sensible à l'action thermique de ces toxines. Il réagit déjà à la moindre injection thermique peut n'apparaître la courbe des températures peut n'atteindre son maximum qu'après 24 à 30 heures après l'injection. L'é

que chez l'homme tuberculeux, mon-
surbe des températures est sujet à va-
ntre autres de l'étendue et de la loca-
i que de la réceptivité individuelle,
a naitre des toxines et des produits
les milieux de culture. Les toxines de
alins, par exemple, déterminent à do-
fébrile plus forte que celle produite par
rprenant, puisque, avec mon nouveau
e supprime les peptones du commerce
opre compte une certaine action ther-

ue de TB est très peu marqué. Les
ortent fort bien l'injection sous-cuta-
iques, dose qui pour la tuberculine de
ortelle. Afin de mettre en évidence
en expérience, j'ai inoculé dans le pé-
uleux 2 cc. de mes toxines TB concen-
à froid dans le vide. Or, sur 4 cobayes
s, un seul est mort, 15 heures après,
ait des lésions très avancées. Le foie
iblé de tubercules, était complètement
res de nécrose. La rate hypertrophiée,
it de larges zones de nécrose. On ob-
épatisation dans les lobes pulmonaires,
moins pris que les autres viscères. Ce
enter les taches ecchymotiques carac-
m aiguë par la tuberculine de Koch.
et le ganglion inguinal correspondant
és. L'action vaso-dilatatrice de TB est

les différences qui séparent la tuber-
onne, il est indispensable de se servir
de comparaison. Dans le but d'isoler
erculine, Koch a précipité cette der-
. Ce procédé lui a donné un produit
nts et dont l'activité est au minimum
que celle de la tuberculine brute. J'ai
eutralisé et non peptonisé par la mé-
ture, j'ai concentré mon bouillon au
itif et je l'ai précipité par l'alcool à

60 %. Ce précipité qui a passé par toutes les manipulations recommandées par Koch constitue une poudre blanche. Celle-ci se distingue déjà de la tuberculine purifiée de Koch en ce qu'elle est presque insoluble dans l'eau ; elle est un peu plus soluble dans les alcalis dilués et se dissout le mieux dans les acides dilués. On sait que la tuberculine purifiée de Koch possède les caractères des matières albuminoïdes ; elle donne les réactions de la xanthoprotéine, de Millon et du biuret. Le précipité retiré de TB se comporte tout autrement : la réaction xanthoprotéique est nulle ; celle de Millon est si minime qu'elle est pratiquement négligeable ; enfin celle du biuret très faible n'est pas même nette, le liquide prenant seulement une légère teinte bleue par l'adjonction du sulfate de cuivre.

Au point de vue chimique, les différences sont frappantes entre la tuberculine de Koch purifiée et TB purifiée par la même méthode. Dans mes bouillons de culture concentrés, puis précipités par l'alcool à 60 %, les réactifs ne décèlent que des traces de matières albuminoïdes, encore celles-ci proviennent-elles de la macération de viande de veau, et correspondent-elles — comme les réactions le démontrent — à un résidu de gélatine contenue dans mon bouillon primitif, non cultivé. Ainsi, le bacille de la tuberculose est à même de fournir de belles cultures dans un milieu de composition donnée sans sécréter la soi-disant toxine caractéristique de la tuberculine de Koch (albumoses). Cette toxine n'est par conséquent pas un produit normal et nécessaire du métabolisme des bacilles de la tuberculose. J'arrive à la même conclusion en étudiant l'effet toxique du précipité de TB par l'alcool à 60 %. Inoculé sous la peau de cobayes tuberculeux, à la dose de 2 centigrammes, ce précipité ne les tue pas ; son peu de solubilité m'a seul empêché d'injecter des doses plus massives. La toxicité de ce produit est beaucoup moins accusée que celle de la tuberculine de Koch purifiée ; ce fait n'a rien de surprenant, étant donné l'effet léthal minime de mes toxinesbouillon non précipitées.

On pourrait objecter à ma manière de voir que les albumoses constatées par Koch dans sa tuberculine purifiée ne représentent pas la vraie toxine tuberculeuse ; elles n'en sont que le véhicule. Soit, mais rien ne prouve que les albumoses soient seules capables d'entraîner par leur précipitation cette vraie toxine. Du moment que TB donne par l'alcool à 60 % un pré-

pourquoi ce dernier n'entraînerait-il pas la mort ? Si l'on admet que cette toxine n'est que d'albumoses et que, par conséquent, dans le filtrat de TB traité par l'alcool concentré dans le vide devrait être plus, par la méthode de Koch, ce qui n'est

chimiques que pathologiques que je TB et la tuberculine de Koch montrent les différences de ces deux milieux de culture. Mon expérience montre que les produits du métabolisme des bacilles tuberculés dans des conditions nutritives de tuberculine de Koch renferme, à côté de substances modifiées par la chaleur, un extrait des bacilles ayant les caractères de l'extrait qui domine dans la tuberculine, une toxine tout-à-fait comparable à la tuberculine de Koch, en faisant simplement bouillir soit dans une solution aqueuse de gly-

cines-bouillon (TB) se distinguent par : elles ne contiennent pas de matières étrangères aux bacilles de Koch ; elles tiennent la fluoresceine dont la nature chimique et leur acidité est plus grande que celle du bouillon cultivé ; leur effet thermique sur le cobaye est nul, tandis que leur effet léthal est faible ; leur action sur les foyers tuberculeux est peu

de ces toxines extra-cellulaires, tout en communauté aux cobayes, sont impuissantes à provoquer la tuberculose expérimentale. Peut-on espérer de meilleurs résultats en s'adressant aux toxines extra-cellulaires, ne passent pas dans les bouillons de culture, les conditions normales d'existence des bacilles parmi les constituants du corps protoplasmique, existe-t-il des substances jouissant de propriétés plus actives ?

Nous avons vu que les extraits protéiques de la tuberculine se rapprochent beaucoup de la tuberculine par leurs effets physiologiques et pathologiques. L'activité biologique du bacille tuberculeux paraît donc être en grande partie due à la tuberculine, ou tout au moins à une tuberculo-nucléine,

mais à celle de l'acide orthophosphorique parallèles l'ont montré. Chez la tuberculose a suivi sa marche normale en trois mois environ.

L'action bactéricide de l'extrait phosphoré. Elle est due essentiellement à l'acidotoxine elle-même, elle dépeuple la culture elle-même.

L'acidotoxine étant insoluble dans le sérum physiologique, il est difficile d'en déterminer les propriétés physiologiques et pathologiques. Les effets de cette acidotoxine sur le cobaye me suis toujours servi de sa solution phosphorée à 1 %. L'extrait phosphoré et acidotoxine, est relative à l'action nécrosante. A des cobayes non tuberculeux, jusqu'à 2 cc. sous la peau, d'acidotoxine sèche. Les cobayes sensibles, résistent dans la proportion de 1 à 2. L'inoculation de cette forte dose d'acidotoxine est en somme peu marquée. (Cela se traduit chez le cobaye tuberculeux le maximum est atteint entre la 2^{me} inoculation).

Au point de vue thérapeutique ne confère aux cobayes qu'une immunité contre la tuberculose expérimentale.

D'après ce qui précède, j'ai cherché à obtenir une action antituberculeuse en partant soit de l'acidotoxine contenue dans mes bouillons non tuberculeux (je les désigne par TB), soit des toxines du protoplasme des bacilles paratuberculeux à 1 % (je les désigne par AT). A l'issue de ces deux groupes de toxines confère déjà une certaine immunité. Il est naturel de se demander si cette immunité est due à l'action combinée en mélangeant ces deux groupes. L'effet le plus marqué est obtenu avec des parties égales de AT + TB qui, diluée dans le sérum, est la mère de laquelle sont préparées les cultures destinées aux usages thérapeutiques.

Les expériences concernant la

sivement su
e que chez e
it toujours
qu'à la mét
lution est si
imal dans le
phagocytes
ès faible, m
cille du Koc
. renforcer p
à ce résultat
si à guérir

différences da
à l'égard d
guérison, on r
ient que pa
se. Pour éta
ins, il faut c
mplète croi
males d'un j
alimentés ave
point de vue
es plus favor
la cuisse, à
dans la solu
berculine éta

e susceptibi
e, il en est
employée curat
ratives déter
s accusées c
tent pas de
rapeutique
ctions curat
s ; elles son
urqué.

, je n'ai jam
s cobayes tr
omènes conq

ganes, comme cela se voit avec la tuberculine est très maniable, et la médication de ce genre — il agit directement l'organisme à son effet.

Dans ma note à l'Académie j'ai obtenu une survie des cobayes de 10 mois. J'avais donné ce chiffre comme acquis sous l'influence des injections, mais mes expériences *in globis* ont aussi bien le traitement préventif de la tuberculose chez le cobaye. Le traitement dépassé ; la survie des cobayes portée à la durée moyenne de 10 mois des témoins.

Par suite de la marche relative de la tuberculose par suite de l'action cytolytique de la tuberculine sur des phagocytes non préparés, les injections de tuberculine donnent de moins bons résultats préventifs. Dans la règle, les injections de tuberculine sont d'autant moins efficaces qu'elles accompagnent les injections de virus qui sont pour ainsi dire nulles. Les complications, se produisent fréquemment, très variable, lorsqu'il s'agit de la tuberculose lorsque les cobayes sont déjà traités de traitement curatif pris par les cobayes faites jusqu'à ce jour :

1° Série de 6 cobayes traités par des injections ont dû être interrompues par les indurations produites. Les 6 cobayes ont vécu ensemble 553 jours, soit une moyenne individuelle de 92 jours. La survie moyenne est de 92 jours.

2° Série de 4 cobayes traités par des injections intercurrentes pendant le traitement des cobayes témoins. Les injections ont pu être continuées et ont pu être continuées. Les cobayes ont vécu ensemble 478 jours, soit une moyenne individuelle de 119 jours ; les 6 témoins ont vécu ensemble 663 jours, soit une moyenne individuelle de 110 jours.

orthophosphorique ou si elle est due aux cellules bacillaires contenues dans le mélange j'ai préparé trois solutions : 1° une solution A (1/100) ; 2° une solution d'acide orthophosphorique B (1/100) ; 3° une solution physiologique C. A 5 cc. de chacune des trois solutions j'ai ajouté 1 cc. d'une fine émulsion tuberculeuse. Les cobayes du premier lot ont reçu chacun 1 cc. de A ; les 2 cobayes du second lot, 1 cc. de B ; les 2 cobayes du troisième lot, 1 cc. de C. Chez les cobayes du lot C seules les manifestations de la tuberculose ont suivi son évolution normale. Chez les cobayes du lot A, au point d'inoculation et les ganglions inguinaux hypertrophiés dans les 15 à 20 jours. Ces cobayes sont morts en moyenne 30 jours après l'inoculation. Chez les cobayes du lot B, au point d'inoculation et les ganglions inguinaux hypertrophiés dans les 15 à 20 jours. Ces cobayes sont morts en moyenne 30 jours après l'inoculation. Chez les cobayes du lot A, au point d'inoculation et les ganglions inguinaux hypertrophiés dans les 15 à 20 jours. Ces cobayes sont morts en moyenne 30 jours après l'inoculation. Chez les cobayes du lot B, au point d'inoculation et les ganglions inguinaux hypertrophiés dans les 15 à 20 jours. Ces cobayes sont morts en moyenne 30 jours après l'inoculation. Chez les cobayes du lot C, au point d'inoculation et les ganglions inguinaux hypertrophiés dans les 15 à 20 jours. Ces cobayes sont morts en moyenne 30 jours après l'inoculation.

Il ressort de cette expérience que la tuberculine *in vitro*, malgré leur dilution, est bactéricide sur le bacille de Koch. L'effet bactéricide dépend en partie des toxines extracellulaires, puisque à teneur égale en solution A, atténue davantage la virulence que la solution B. En prenant comme terme de comparaison les manifestations externes de l'infection (abcès, hypertrophie ganglionnaire), on voit que chez les cobayes B, les manifestations apparaissent plus tôt et sont plus nombreuses que chez les cobayes A.

En résumé, ma tuberculine se distingue 1° par la composition du milieu de culture, 2° par la présence d'une substance albuminoïde bacillaire par l'acide orthophosphorique. Elle est donc un mélange de toxines extracellulaires (TE) et de toxines intracellulaires (TI).

. Ce solvant n'enlève aux bacilles leurs constituants protoplasmiques, sont pas extraites par cet agent, mais ma tuberculine exerce sur eux une action préventive, mais a pas jusqu'à conférer l'immunité que systématique, soit des échantillons mon bouillon de culture, soit des corps bacillaires est loin. Ces faits nous permettent d'affirmer que les bacilles sont identiques et qu'il est possible d'extraire des tuberculeux ou d'en extraire des plus immunisantes et moins dans la première tuberculose.

Je n'ai pu faire que des expériences bactériologiques, mais j'ai fait des expériences sur l'homme dans différents hôpitaux, et je ne dois pas en dire des malades traités. Il me suffit de dire que la tuberculose, l'espèce humaine, les moyens naturels de défense plus. Aussi chez l'homme, l'immunité et le traitement par ma tuberculine sont beaucoup plus satisfaisants.

RÉFÉRENCES DANS CE TRAVAIL

1. W. G. RUPPEL. Beiträge zur experimentellen Tuberkulose. Leipzig 1902.
2. Schildkrötentuberkelbacillus, seine Zucht. *Deutsche med. Woch.*, n° 26, 25 Juin 1903.
3. Tuberculose. *Ibid.*, 10 Déc. 1903. — Zur Frage der Tuberculose, *Ibid.*, 28 janvier 1904.
4. Über die Schildkrötentuberkelbacillen, *Ibid.*

5. Über die Immunisierung von Rindern gegen Tuberculose. *Deutsche med.*

6. Über Albumosen und Peptone. *Zeitsch.*

7. *Wochenschrift*, 1897.

8. *n. Med.*, 1903.

9. LINGHORN. Studies on the Tuberculin reaction. 1904.

SIST
3,
ORN
r 19
oba
le. (C
L.
Det
LUPP
. De
a oc
de h
TRA
ned.
rod
la tu
[ARA
e Sc
froi

UCL
. Pa
AMA
Berl
LEVI
1898
ITT/
UITI
ORDI
les S
EMB
ARM
SRA

Labo

lési
nt
ert.
pres

une série de quinze tubes de façon à obtenir dans les derniers une dilution suffisante et par conséquent des colonies bien isolées incluses dans la profondeur de la gélose glucosée.

Les colonies séparées étaient repiquées, vérifiées, purifiées de façon à obtenir des cultures absolument pures des microbes isolés.

Par cette méthode, au milieu d'une quantité considérable d'organismes divers, nous avons isolé trois espèces microbiennes aérobies anaérobies facultatives dont nous avons essayé de déterminer le rôle dans l'acidification et la coagulation du lait.

Bacille A. — Nous avons d'abord isolé un long bâtonnet ne paraissant pas avoir de mouvements propres, se colorant bien par toutes les couleurs d'aniline basique, restant coloré par le Gram. Ce bâtonnet se montre isolé ou disposé en série linéaire.

Il ne se développe pas ou alors pousse très mal dans les milieux de culture ordinaires; par contre il végète très activement dans tous les milieux sucrés.

Il donne rapidement des cultures dans les bouillons lactosés et glucosés. Le bouillon glucosé est uniformément troublé au bout de 24 heures, il se forme un dépôt blanchâtre au fond du tube. Au bout de trois ou quatre jours le bouillon s'éclaircit et devient transparent. A ce moment il a une réaction nettement acide. Ce bacille fait fermenter le glucose ainsi que le lactose. Il ne se développe ni sur la pomme de terre, ni sur la gélatine lactosée.

C'est un aérobie anaérobie facultatif. Il ne donne pas la réaction de l'indol nitreux.

Semé dans du lait stérilisé il le coagule en 10 à 14 heures à la température de 37°. Cette coagulation est due à la formation d'acide lactique, c'est-à-dire que cet organisme dédouble la molécule de sucre de lait, donne naissance à de l'acide lactique qui produit la coagulation.

Ce bacille ne secrète pas de présure. En effet, si l'on maintient l'alcalinité du lait par du carbonate de chaux, tant que le milieu reste neutre ou alcalin la coagulation ne se produit pas, dès que l'acidité n'est plus neutralisée la coagulation du lait se produit par acidification. Le coagulum ne se dissout pas, donc il n'y a pas production de caséase.

Ce bacille est un *dénitrifiant* vrai. Un grand nombre de microorganismes réduisent les nitrates alcalins en nitrites, d'autres espèces microbiennes décomposent complètement les

ne véritable fermentation avec dégage-

ré un fait intéressant, c'est qu'il n'est ni le nitrate dans un milieu nutritif ni l'effet des microbes, tel le bactérium coli dans une solution de peptone additivée de potasse, s'y développent très bien la fermentation, on ne constate en effet ni gaz. Dans ce cas, l'analyse démontre que le nitrate a été transformé en nitrite en évidence avec le réactif de Griess.

Dans une solution de peptone et de nitrate de viande soit du bouillon ordinaire, il y a fermentation avec dégagement de gaz. On voit que cette fermentation accompagnée de réduction de l'azotate par les bactéries sur les cultures en bouillon et dans l'extrait de viande en effet, Grimbert constatait toujours que la fermentation dégagée était le double de celle correspondante par les bactéries.

En revanche, au contraire, tel par exemple, le bacille d'Eberth constata la décomposition des nitrates azotés azotés du bouillon et de l'extrait de viande. Le volume d'azote dégagé correspondait à l'azotate détruit directement par le microbe. On désigne sous le nom de *dénitrifiants* directs, comme le pyocyanique, dégagent de l'azote sans le secours de substances amidées. Les *dénitrifiants indirects* ceux qui, pour la fermentation avec dégagement d'azote, ont besoin des amidés contenus dans l'extrait de viande.

Le lait aigre,ensemencé dans le milieu

de potasse pur	1.
de viande	1.
	100.

La fermentation avec dégagement d'azote, doit être due à un *dénitrifiant vrai*.

Sur B. coli et du Bacille d'Eberth sur les nitrates. *Annales d'hygiène*, 11 déc. 1898.

Ce bacille ensemencé *mléko* à peu près en *kissélo-mléko* a le même blément le même goût à-dire avec le lait caillé. Cependant sa saveur bien à l'action de la coagulation. La température d'élection, c'est en 37° d'activité. A cette température tandis qu'à 37° la coagulation

Ce bacille résiste à la chaleur; au lieu de coaguler à 45°, il le coagule à 60°, il

Il attaque la mannite, la vertie avant d'être précipité par Fehling. Il attaque la rhamnose, la dulcitol, la sorbite.

Microcoque B. — (Coccus) cocci soit séparés, soit en amas. Ils sont doués de mobilité facilement par toutes les méthodes colorées par le Gram.

Ce microcoque se cultive sur les nutritifs ordinaires et sur le bouillon ordinaire. Après 24 heures un dépôt blanc se forme sur le bouillon glucosé devenant lactosé.

Sur gélose il donne un caractère particulier.

Sur gélatine en stries, transparent. Au microscope légèrement liquéfiée. Sur gélatine par piquetage une colonie rose se forme à la surface de la piquette d'innoculation.

Ce coccus est un anaérobie. Il donne la fermentation.

plus énergiquement à la chaleur que les autres ; la température de 60° pendant 5 heures ; il est détruit. Il est tué à 70° en une heure.

Ce streptobacille attaque la saccharose, attaque également la glycérine et la gélatine. L'action sur la mannite, la maltose, la rhamnose et la sorbite.

Nous avons mesuré l'acidité totale des différents microorganismes isolés dans le lait aigre.

Le dosage de l'acidité a été fait sur des lactiques vieilles de 24 heures.

Nous avons commencé par déterminer l'acidité du lait sur lequel s'effectuait la culture, cet acide est en acide lactique. Voici les résultats obtenus :

- 1^{er} Tube nonensemencé (type) acidité exprimée en % 0,08
- 2^o Tubeensemencé avec le microcoque B 0,16
- 3^o Tubeensemencé avec le bacille A 0,49
- 4^o Tubeensemencé avec le streptobacille C . . . 0,51

En déduisant l'acidité type du petit lait, nous trouvons une augmentation de l'acidité :

- 1^o le microcoque B 0,08
- 2^o le bacille A 0,41
- 3^o le streptobacille C 0,43

Il résulte de ces dosages qu'au bout de 24 heures le microcoque qui produit le moins d'acidité est le microcoque B, celui qui en produit le plus est le streptobacille C.

Au bout de quatre jours le degré d'acidité des trois organismes se modifie notablement. L'acidité produite par le microcoque B a augmenté de 0,16 % ; celle du streptobacille qui au bout de 24 heures était la plus forte, est tombée de 0,51 % à 0,26 % ; celle du bacille A est montée de 0,49 à 1,26 %.

Ce bacille est donc un ferment lactique. Ces trois organismes donnent de l'acidité.

Dans le but de rechercher si le degré d'acidité des différents organismes est capable de coaguler le lait, nous avons pris trois ballons contenant du lait stérilisé. Nous avons ajouté au petit lait lactique pur, quantité correspondant à l'acidité du microcoque en 24 heures. Après environ 37° le lait était complètement coagulé.

oisième ballons contenant 100
alablement porté à 37° nous
1,47 et gr. 0,51 d'acide lactique
u bacille A et du streptobacil
que introduite d'un seul coup
ion en quelques minutes.

ie donc que la coagulation du la
se fait par acidification.

it lait de chacun des trois mic
ices d'alcool révélées par la rés

ait aigre avec chacun des micro
e 24 heures celui préparé av
able au goût de ceux préparés
bacille. Le laitensemencé av
ent moins aigre que les deux ai
s les laitsensemencés séparé
s étaient très nettement différe
ré d'acidité, celui préparé av
e qu'il n'était pas mangeable.

uré du *Kissélo-mléko* par synt
chacun des microorganismes
ous avonsensemencé dans un
quantité de chacune de ces cul
lait aigre (*Kissélo-mléko*) aya
e aspect et exactement le même
roduit d'une fermentation antér
a pratique quotidienne. Dans
s'est effectuée en sept ou huit
37° et exactement comme av

qu'il me soit permis de remer
Massol de ses directions et d

Trépidation épileptoïde du pie consécutive à une blessur

Par le Dr Ma

« Lorsque les réflexes sont ex-
tension des muscles gastrocnémi
don d'Achille en soulevant la p
abaissement spasmodique brusqu
tement et se répète en oscillation
que dure la flexion passive comm

Tel est le *phénomène du pied*,
la Société médicale des hôpitaux
en 1886.

Aujourd'hui ce signe facile à r
en séméiologie nerveuse, une im
gération des réflexes tendineux a
ment associé, pas toujours ceper

Le phénomène du pied appelé
clonus du pied, doit être en tous
mène nettement pathologique. C
ment comme l'indice d'une mala
de fait que c'est un symptôme de
die où on l'a rencontré pour la
faisceaux pyramidaux, des parap
et qu'il se rencontre rarement et
engendrent aussi l'exagération d

Cependant en présence de cer
se demander si la possibilité de l
est toujours sous la dépendance
celle-ci agit seulement en mettan
du mollet dans un état patholog
aussi se rencontrer avec l'intégr
du système nerveux.

C'est une question analogue q
tendineux : méritent-ils bien les
sous la dépendance d'un arc nei

¹ DEJERINE, Séméiologie du systèm
de Bouchard, T. V, p. 995, 1901.

² Voir : BEAUJEU. Dissociation du
plantaire dans la dothiéntérie, *Thèse*
MENT. La trépidation épileptoïde du
neurologique, 30 mai 1905, p. 511.

Le 27, mieux vaut tard que jamais, 10 cc. de sérum antitétanique. La sup d'odeur. Le sublimé ayant provoqué un cataplasmes.

Le 31 mai il y a encore un peu de su. L'état général est excellent. La poussée d'ailleurs pas renouvelée. On sent dans induré de la grosseur d'un œuf de poule. tension¹ du pied sur la jambe est impossi d'ailleurs, actifs ou passifs, provoquent m'engage à rechercher le clonus qui est aussi longtemps que la main appuie sur trouble de la sensibilité.

Le 4 juin, la guérison de la plaie est qu'une très légère suppuration sans oden accentué ; son intensité est difficile à dé celle des plus violentes trépidations du p casion d'observer. Il suffit du plus petit voquer. Il va sans dire que du côté gau blable. Le réflexe patellaire est d'ailleu côtés ; quant au réflexe achillien, on le droite on ne peut le provoquer à cause des muscles du mollet. Par le fait de ce au malade de poser le pied à plat ; il est ce qui produit aussi le clonus.

Le 10 juin, M. le Dr Long vent bien ex La plaie est cicatrisée ; le clonus du pied être provoqué aussi bien par un effort que par le procédé classique. La durée d finie. La marche sur la pointe du pied, facile. L'excitabilité des muscles du mol diminuée ; par rapport à celle des m comme 2 est à 3. Il n'existe aucun Dr Long conseille le massage

Le 17 juin, je revois le malade qui a seau. On constate encore un noyau indu à l'endroit où a pénétré le morceau de b de vives douleurs. Les muscles du mol phiés, la jambe mesure en effet 28 cm gauche en a 29. Le clonus est beaucoup ment assez violent du pied pour le pro réter spontanément. L'extension du p

¹ Extension signifie pour le pied — qu' ment de la pointe dans la direction de la

limitée ; le jeune garçon n
qui le fait boiter légèreme
bilité, ni trouble des réflexes
de massage et d'exercices,
dans le mollet est à peine

L'extension du pied droit
pied gauche, mais la marche
la même circonférence.

constaté chez ce jeune garçon
la lésion d'un nerf de la
central.

est à rapprocher de qu
ry,¹ les seules analog
littérature. Dans la p
dans la deuxième une
la troisième une simple
et dans la quatrième
ment, du côté de la lés
flexes, la possibilité de
ation ne s'est manifest
e, comme chez notre
cas dont l'évolution

s, il semble bien qu'il fa
être provoqué en deb
t par suite de lésions p
nt généraliser à tous
ude qu'à quelques-uns,
its que nous venons de
erveuses les plus évid
e la trépidation épilep
sans une altération mus
or en revanche plus caté
ombre de cas plus rest
mitive, celle-ci est suf
isse être provoqué, sai

sur les rapports de la tri
des réflexes rotuliens, *Rev*



non
abon
ent
x ex
bis q
our

le l'

er le
istar
ulai
la v
13 e,
nes,
niti
le
iblic
de la
et i
eign
bie

de
nalar
feni
a t
lades
l'im
le s
es au
nistr
s ot
ille
ré d
laiss
suit
ret
impl
ygié
ction
se, c
que
attei
AND

commission chargée de rédiger trois articles
cins, aux sage-femmes, au grand public. Son
commission : MM. ROUX, MURET, ROSSIER, I

M. KœNIG présente une pièce qui montre
se termine pas à la ménopause. Il s'agit d'un
il a enlevé, il y a quelques jours, un fibrome
fant, entouré d'une coque complètement ca
croser. Cette femme avait commencé à ressen
pertes fétides) il y a quelques mois seulemen

Le

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE

Séance du 1^{er} juillet

Présidence de M. GONIN, vice

23 membres présents.

Le président annonce la démission du pro

M. GAUDIN (Paris) présente un nouveau p
qui, sans avoir la prétention de révolution



ns. f
et d
que
age de
y ad
de
s, un
ela a
avant
aire d
r aus
rrhap
résen
d de
s an
tation
e, ni
ffisen
fond
r un
mém
de
d'une
inter
trave
is, p
), pé

les j
appu
phati
actio
il p
n em
nent
qu'o

ourra
s étr
de de
lisab

L

règle s'étend aux calculs situés à n'importe quelle région du
 atique, soit dans le réservoir biliaire avec le canal cystique,
 s canaux excréteurs : cholédoque ou hépatique. Ici comme
 quelques exceptions ne manquent pas à la règle : ainsi un calcul
 canal cystique pourra entretenir une hydropisie de la vési-
 , et cette dernière affection pourra, mais exceptionnellement
 aire souffrir beaucoup et rendre malade le porteur. Un calcul
 et aseptique, en obstruant le canal hépatique ou cholédoque,
 ner le tableau clinique de la cholémie, mais c'est là encore
 on ; les autopsies opératoires ont démontré que presque tou-
 ces cas, il y a infection, et qu'en absence d'angiocholite, les
 hépatique et surtout du cholédoque, ne provoquent fréquem-
 symptôme morbide. La conclusion qui se dégage de ces
 s, c'est que le traitement de la lithiase biliaire doit viser en
 ne à prévenir ou à guérir l'infection. Nous voilà donc loin du
 de certains auteurs qui considéraient la simple présence de
 ires comme une indication suffisante pour l'opération. Le
 erner médicamenteux ou thermal, suffit bien souvent pour
 ction des voies biliaires calculueuses, et ce n'est qu'après
 raitement interne ou en cas de récurrence, que le traitement
 ntrera en jeu. Quant à la dissolution des calculs biliaires par
 ents soi-disant puissants, mais secrets, il paraît décidément
 psies opératoires tendent à la qualifier d'illusoire, et là nous
 point où la supériorité du traitement opératoire est évi-
 u'il supprime le calcul. Mais, répétons-le, la suppression du
 qu'un des éléments du traitement de la lithiase biliaire, l'au-
 du problème, et le plus important, est la guérison de l'infec-
 onne opération pour lithiase biliaire doit donc supprimer le
 même temps désinfecter les voies biliaires ; c'est alors seule-
 opération donne un résultat complet et définitif, et c'est pour
 à un de ces deux termes du problème que certaines opérations
 es d'échec. Dans certains cas, dans l'empyème de la vésicule
 ulense, par exemple, l'opération — ici l'extirpation de la
 peut supprimer d'un coup l'infection et les calculs ; dans
 particulièrement importants, d'angiocholite avec calculs, du
 ou de l'hépatique, l'extirpation seule du calcul n'ayant pas
 nfection, l'opération doit être suivie de drainage des voies
 l'un traitement postopératoire antiseptique souvent prolongé,
 important pour le résultat final, que l'opération elle-même.
 s de la vésicule biliaire et du canal cystique, tout en compro-
 ien-être et la capacité de travail, ne menacent généralement
 ent la vie, grâce à l'absence de l'angiocholite ; il est vrai,
 s ceux qui en sont atteints ne sont à l'abri ni de la péritonite
 on, ni de la thrombophlébite de la veine porte, dès qu'une
 surajoute au calcul ; mais ce sont surtout ceux qui souffrent

cholédogue et de l'hépatique qui bénéficient d'ablation, la plupart d'entre eux, une fois atteints, vont au devant d'une déchéance organique qu'ils peuvent être radicalement guéris.

Mortalité de la statistique de Kehr, basée sur

	Mortalité.
Cholécystectomies, cystostomie, cystendyse,	
	1,8 %
Cholécystectomie. 7 décès.	3,2 %
Cholécystectomie avec drainage du canal hépatique.	5 %
Cholécystectomies sur les voies biliaires, complications bénignes de l'estomac, des intestins, etc. 30 décès.	17 %
Cholécystectomies sur les voies biliaires, complications malignes : carcinome du foie, cholédogue, angiocholite suppurée	85 %
Toutes les opérations, 162 décès.	16,2 %
Cholécystectomies pour affections exclusivement biliaires	
Cholécystectomies pour opérations compliquées d'affections biliaires.	3,2 %
Cholécystectomie 60 % de ces opérés auraient succombé à la maladie.	
Cholécystectomie se rapportant à la technique opératoire proposée par le lecteur au livre de Kehr, que tout chirurgien doit connaître.	E. K.

Dystrothie de la fonction d'élimination chlorurée. *Rev. de méd.*, 10 sept. 1905.

Des auteurs ont étudié par de nombreuses expériences la façon très détaillée, l'élimination des chlorures. Ils sont arrivés à la conclusion que l'obèse semble dessaler lorsqu'on le soumet à un régime hyposodé, contrairement à ce qu'on observe chez les maigres. L'élimination du sel n'est pas en rapport avec les ingestions salines moyennes ou élevées. Si l'ingestion de sel et le sel non éliminé, pour maintenir sa teneur dans l'organisme, ce qui favoriserait la production d'ingestions basses, l'élimination tend, temporairement, à être supérieure.

En vue pratique, que l'abstention chlorurée paraisse la combinant avec une absorption normale ou anormale. Dans ce régime, l'organisme ne recevant

plus de chlorures se ferme peu à peu ces sels, dont il ne garde que le minimum sa concentration moléculaire constante maximum de l'eau de ses humeurs et bre persiste nécessairement, l'eau prière continue à entraîner tous les bien de l'organisme.

Le régime sec a une action inverse d'hydratation des tissus et par conséquent : qui peut produire des accidents du côté de l'obésité a le courage de persister dans le régime, ralentit, disparaît presque entièrement minée, va se fixer sur les tissus pour la concentration chlorurée normale ; le poids perdu. MM. Labbé et Furet considèrent ce régime comme pénible et inefficace, et lui préfèrent l'abstention de liquide ; ils ne considèrent que les éléments du traitement hygiénique la restriction alimentaire bien comprise constituer l'autre.



VARI

LOI GENEVOISE SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE
nouvelle loi sur l'exercice de la médecine
votée le 11 octobre dernier par le Conseil
d'Etat de M. le Dr Chenevière :

ART. I. — La loi du 29 mai 1895
1892, sur l'exercice de l'art de guérir
la loi du 23 mars 1892, sur l'exercice
de la pharmacie, sont abrogés et remplacés par la présente loi.

Art. 1 (remplaçant la loi du 29 mai 1895)
dans le canton de Genève les professions de médecin,
dentiste, sage-femme ou vétérinaire ne peuvent être exercées
sans l'autorisation du Conseil d'Etat. Cette autorisation est
accordée sous le nom de la personne à laquelle elle est
seuls obtenir cette autorisation :

a) Les médecins-chirurgiens, pharmaciens et vétérinaires
qui ont satisfait aux dispositions des lois

b) Les médecins-chirurgiens et les pharmaciens qui ont subi
l'examen de capacité spécial répondant aux conditions
a et b), auront obtenu le droit de pr

règlements et arrêtés prévus par l'art. 1^{er} des lois du 23 mars 1892 et du 23 mars 1893 et des diplômes de capacité de médecin-chirurgien.

ART. III. — Dans les articles 4 et 5 des lois précitées, les mots « médecins, chirurgiens », « médecins et chirurgiens » sont remplacés par le mot « médecins-chirurgiens ».

ART. IV. — La présente loi entrera en vigueur le 1^{er} janvier 1904. Le Conseil d'Etat est chargé de publier les règlements prescrits. Il est en outre chargé de proposer à la loi sur l'exercice de la médecine, ainsi modifiée.

Société médicale de la Suisse romande. — Le Congrès aura lieu à Beau-Rivage (Ouchy) le jeudi 24 septembre 1903, à 10 h. 45. — Collation.

11 h. 30. — Séance. — 1^{er} M. CLÉMENT. Contribution à l'étude des rayons X. — 2^e M. GROUNAUER. Quelques cas de pied bot varus équin-congénital. — 3^e M. L. de l'alcoolisme sur la glande thyroïde.

L'accouchement par la suggestion hypnologique.

Durée des communications : quinze minutes.

1 h. 30. — Banquet.

Les caissiers des Sociétés cantonales de la Suisse romande apporteront à Ouchy, au Caissier central, le 24 septembre 1903, soit un franc par tête.

Les confrères du *Centralverein* sont invités.

CONGRÈS. — Un Congrès pour la réforme de la médecine se tiendra à Paris du 30 avril au 5 mai 1904. S'adresser à M. le prof. BROUARDEL, S'adresser à M. LEVASSORT, 2, Place des Vosges, Paris.

Un Congrès international sur les maladies du printemps prochain à l'occasion de l'Exposition de 1905. Il sera présidé par le Dr Malachia de Milan. Il y aura des séances en toutes langues. Il sera présidé par le Dr Malachia de Milan. Il y aura des séances en toutes langues. Il sera présidé par le Dr Malachia de Milan. Il y aura des séances en toutes langues. Il sera présidé par le Dr Malachia de Milan.

Rappelons aussi le Congrès international de médecine qui se réunira le 23 mai 1906 à Milan. S'adresser à M. DUNANT, à Genève.

MÉDICALE

DE ROMANDE

ORIGINAUX

La prostatectomie

médicale de la Suisse romande

Novembre 1905

M. C. Roux

Le résultat des prostatectomies
de la prostate privée et de celles de mon

prostatectomies partielles, dont une
années avec un résultat qui se
je mentionnerai pour mémoire les
voie périnéale (prostatectomies
dernières m'ont paru aussi faciles
haute, les premières tentatives
ont été si encourageantes que depuis

je suis contenté jusqu'ici, comme je
médecine, d'opérer les prosta-
leur avoir exposé les avantages
et, en regard des inconvénients et
l'ecté ou soigné correctement par
ont compte du retentissement sur
à l'avenir du prostatique non
puis 2, puis 3 à 5 litres d'urine
lement, si les résultats de l'opé-
les, étendre les indications et
prostatectomie comme le traitement

ctionnistes, ou sondés en perma-
de calculs, de sonde à demeure

plus d'un avait des complications pulmonaires ou cardiovasculaires. Trois d'entre eux étaient âgés de 61, 63 et 64 ans, autres de 66 à 74 ans. Ce n'était en tout cas pas une série drable en apparence.

L'opération a été exécutée en narcose ; trois doigts de la main gauche dans le rectum soutenant la prostate, l'index droit guide — après une taille hypogastrique avec suspension des vésicales au fascia antérieur du muscle droit par un fil de catgut de chaque côté — dans une fente verticale sur le lobe droit de la prostate. Cette fente est faite, puisque les vaisseaux sont coupés, au moyen des ciseaux mousses fermés ou de la sonde, sans incision. On cherche à décoller la prostate du col, repéré au préalable par un Nélaton ; cela réussit assez mal et quelques déchirures ou éraillures sont fréquentes, sans inconvénient. Le doigt contourne ensuite le lobe droit vers le haut, en haut, en arrière et on finit par la région près du méatus inférieur de la glande. C'est le temps un peu difficile, le doigt joue avec le lobe énucléé à peu près comme avec un cotylédon intra-utérin. C'est à ce moment que les trois doigts du rectum se montrent supérieurs à un seul ou à deux.

Il m'est arrivé, confiant dans mes proportions exigües, d'utiliser l'index et le médius droits au dernier moment ; mais cela a évité pour ne pas agrandir trop ou maltraiter l'incision pubienne.

Le lobe droit enlevé, on passe par la même ouverture au lobe gauche et on le traite de même ; là encore il faut prendre garde à l'adhésion plus grande de la glande avec la muqueuse du col et ne pas être trop enthousiaste dans la délivrance des dernières attaches. Si le besoin s'en fait sentir, il vaut mieux faire d'emblée une fente verticale aussi sur le lobe gauche.

Plus la prostate est grande, plus son énucléation est facile. Quelques prostates fibreuses, discoïdes, peu épaisses, sont particulièrement laborieuses à extraire. Mais le résultat définitif est quand même surprenant.

Celui qui pourrait, au palper bi-manuel ou au cystoscope, reconnaître la vraie forme de la prostate et qui n'attaquerait que les tumeurs bien proéminentes, celui-là aurait toujours des opérations faciles. Mais cet éclectisme qui ménage le chirurgien des statistiques sacrifie ici comme ailleurs bon nombre de malades qu'on peut opérer quand même avec succès, si l'on pense aux autres et non à soi.

abondante; nous l'avons toujours négli-

n de certains prostatiques pour la
rainage du col, et me souvenant d'autre
opératoire absolument nul de la fis-
yonnaise, je n'ai pas mis de sonde à de-
leux drains suspubiens pour huit jours

volontaire se montre du sixième. huitième
ième jour.

rés ont leur fistule fermée et gardent
tuellement entre chaque miction volon-

ec une anatomie si parfaite que cela a
our nous de perdre un de nos amis à

chance de conserver, depuis tantôt un
erceptible (avec mictions du reste) et
armée malgré une nouvelle opération
nè, qui aurait trouvé trois calculs et
ate, bien que, vous puissiez voir sur la
ote le dessin parfait d'une énucléation
médiane pour le passage de l'urètre.
rostatique rétentionniste la fistule hypo-
figure parmi les heureux succès de la

é sans fistule souffre encore de cystite
urine telle que sa plaie hypogastrique se
nouvelles concrétions calcaires; je ne
un nouveau calcul de phosphate.

nt dans un état tel que je puis conclure
ieillesse avec une crainte de moins.

as un mort sur seize opérés à la Freyer
opérations nouvelles, considérées autre-
s, prendre date avec un pourcentage
rable, si l'on tient compte de l'état gé-
it l'intervention.

L'anémie cérébrale mo provoquée par

Par J.

Avec la collabo

On sait que M. le Dr Batte
courant alternatif sur la tête
une crise épileptiforme carac
sions toniques suivie d'une
laquelle succède un état de p
tation. Ces phénomènes rapp

Cette méthode a été emp
travaux faits dans le laborato
de Genève et en particulier d
de M. le Dr Samaja, publiée
sur le même sujet fut présent
Congrès de physiologie de Br

Il résulte de ces recherches
le courant de la tête à l'an
plus qu'une crise tonique, les
et l'animal meurt par paralys
fibrillaires. Cette paralysie du
rant dans la région cardiaque
cet organe étant définitives
tante, à moins qu'on ne mass
surface un courant alternati
cette paralysie que M. le Dr E
plication du courant alternati
épileptiforme produite par le
les centres nerveux.

J'ai pensé que l'on peut int
cloniques dans l'attaque produ
tête à l'anus, par l'anémie
cœur. La phase des convulsio
bout de quinze à trente secon
moment où le cerveau a pu êt
lysis du cœur. Or il résulte de
les convulsions cloniques sont
de la zone corticale motrice
effet lorsqu'on enlève expéri
cale.

manière à anémier le cerveau. Il se
ment tonique. On cesse la compres

On électrise alors de la bouche à
110 volts, 1". Crise tonique 25" à
durant jusqu'à 45".

On laisse reposer l'animal.

Compression de l'aorte à son orig
disparu et que les réflexes patellai
crise tonique. On électrise immédia
rant alternatif 110 volts, 1". Crise

L'animal meurt.

Exp. II. — Anémie cérébrale. C
pas de convulsions cloniques.

CHIEN de 5.400 grammes.

Pas d'éthérisation. Respiration a
ture de la sous-clavière gauche.
carotidien droit.

On produit une crise convulsive
des centres est parfaite.

L'animal étant remis, on anémie
mence une certaine raideur des me
électrise de la bouche à la nuque, 7

Crise tonique 20" à 30" et résolt

On rétablit la circulation l'anim

Expérience de contrôle. — L'ai
bien, on excite de nouveau de la

Crise tonique 20" à 23" suivie

L'animal remis on reproduit l'an
bouche nuque provoque une crise

Exp. III. — Anémie cérébrale ; é
ment tonique.

CHATTE encore jeune.

16 décembre 1904. Ethérisation.
thorax. Compression des troncs a.
nominé et sous-clavière).

Electrisation 50 volts, 2".

Crise tonique violente durant un
suivie de convulsions cloniques.

On peut voir que dans ces
forme produite par l'électrisa
artériels, s'est signalée par d
clonique qui lui succéda dans
sans anémie, a fait complèten

te l'anémie cérébrale au lieu d'être es artères, l'a été par électrisation ors mis en trépidations fibrillaires. du cœur ayant suffi pour produire épileptiforme est caractérisée par toniques.

de par paralysie du cœur. Electrisation. mique.

tion bouche nuque, 90 volts 1". Crise clonique 15" à 35".

respiration artificielle, ouverture du nt induit appliqué sur le cœur et immé- uque 90 volts, 1". Crise tonique 30", pas attements du cœur se rétablissent après

: 90 volts, 1". Crise tonique de 20", loniques.

nous avons provoqué l'anémie du i nerf vague sectionné, chez un chat pression carotidienne. La pression ent de l'électrisation, et le cœur fut ument arrêté. L'abaissement de la ue complet du cœur, ont suffi pour e la circulation cérébrale qui a eu leptiforme uniquement tonique qui tion du courant alternatif de la bou- où l'on électrisait le vague.

• par électrisation du vague. La crise nt alternatif(bouche nuque) est uniquement

est prise dans la carotide droite. Le nerf électrise le bout cardiaque on produit un pression, mais pas un arrêt complet. ts, 1", bouche nuque, crise tonique 15"

rience pendant qu'on électrise le vague. is cloniques.

étés plusieurs fois avec le même résultat.

Conclusions

1. L'anémie cérébrale amenant une inhibition de l'activité de la couche corticale motrice modifie l'attaque épileptiforme provoquée par l'application d'un courant alternatif de la bouche à la nuque. Cette attaque n'offre plus alors qu'une phase convulsive tonique ; la phase de convulsions cloniques qui la suit habituellement manque.

2. Il est permis de rapprocher cette modification de l'attaque par l'anémie des centres nerveux de l'attaque épileptiforme provoquée chez le chien par l'application du courant alternatif de la tête à l'anus. Le cœur étant alors paralysé, l'attaque épileptiforme n'offre plus qu'une phase tonique sans phase clonique consécutive.

Peut-on provoquer l'accouchement par la suggestion hypnotique ?

Communication à la *Société médicale de la Suisse romande*,
le 2 novembre 1905

par le Dr BONJOUR.

Messieurs,

Peut-on, tout en restant dans les limites normales de l'accouchement à terme, provoquer par la suggestion hypnotique cet acte physiologique, de façon qu'il ait lieu le jour voulu et même à l'heure suggérée ? La question n'a jamais été posée et, à ma connaissance, aucun médecin n'a cherché à la résoudre. Et pourtant, si j'y ai songé, ce n'est qu'en me basant sur des expériences et des faits que l'hypnotisme considère comme acquis à la science. Les voici rapidement énumérés :

Tout d'abord, il y a le fait que la majorité des accouchements commencent ou bien ont lieu pendant la nuit ; par conséquent, le sommeil doit être mis en cause. Nous savons que, pendant le sommeil, des sensations, qui ne seraient pas perçues pendant la veille, sont enregistrées par la conscience, exagérées par elle et qu'elles produisent des réflexes exagérés. Je pouvais supposer que des contractions utérines très faibles, imperceptibles pendant la veille, étaient senties par la

naier
r tou
nt. E
quer
doit
une
lals
e pré
hypn
u ar
ent r
pour
cessit
guér
et,
; cau

mes
i tra
dans
ait li
rése
hui
ar M
elgie
dém
n su
on
savai
un h
orten
utres
hyp
i dén
ische
trait
la s
De
elqu
ont :

Ces faits intéressants prouvent, en effet, que, dans les cas, de troubles fonctionnels ou troubles organiques secondaires, on peut, dans une certaine mesure, tenter de guérir, par la suggestion, des troubles fonctionnels primaires¹, même lorsque nous sommes en présence d'engelures au premier degré. Il est évident, dans ces cas, l'action de la suggestion soit elle-même, soit indirecte, il n'en reste pas moins que, par elle-même, elle agit sur la contractilité musculaire. Cela est démontré par les expériences suivantes.

Voilà, en résumé, les faits qui ont servi de point de départ ; le temps ne me permet pas de donner ici, des preuves tirées de la littérature.

Il ne restait donc plus qu'à vérifier, par l'expérience, d'abord, de provoquer des contractions musculaires ; ensuite, de voir si le travail aurait cessé complètement, si on le laissait se développer, secondement, s'il serait possible de provoquer, en ne s'écartant pas trop de la normale, des contractions musculaires, à l'examen, de telle sorte qu'il eût été possible de les faire cesser, tel jour et à telle heure. Cela me paraissait intéressant.

Je rencontrai, seulement en 1895, une femme qui se soumettait à l'expérience.

C'était une secondipare, réglée, qui avait eu son dernier accouchement le 10 au 15 septembre 1895. L'accouchement de 1895. L'accouchement de 10 au 15 septembre. J'hypnotisai la femme au commencement de juillet au 15 août. Elle était dans un état de bulisme complet avec anesthésie complète. Je fixai rapidement sur le résultat que je voulais obtenir, décide de suggérer le maximum de contractions musculaires, c'est-à-dire provoquer un accouchement dans le temps et au jour suggérés. Je suggérai, dans le temps et au jour suggérés, et je choisis la date du 27 août. J'expliquai à la femme qu'on me fit appeler pour assister à son accouchement, pas aller chez l'accouchée afin de ne pas troubler sa sence, mes suggestions antérieures.

¹ L'emploi de la suggestion hypnotique est justifié par son action palliative, et non par son but le plus rarement possible.

ce que j'ai suggéré et ce qui a été

Accouchement réalisé

idi, Le 27 août, à 2 h. après-midi,
mé- l'accouchée sent les premières con-
des tractions sans douleurs. A 5 h.
lor- elle s'endort, mange, boit, etc. en
ian- dormant. Les contractions augmen-
Les tent d'intensité, tout en restant in-
plus doloires. Elle se réveille à 11 h.
l se du soir ; les contractions sont fortes
Elle et bonnes, mais indolores. Elle ne
près se rendort plus. A 2 h. $\frac{1}{2}$ du ma-
tin, elle commence de souffrir ; à
8 h. l'enfant est né. Pas de dou-
leurs après l'accouchement.

Jeux conclusions de cette expérience :
1. la suggestion s'est réalisée. Mais
rs, nous pouvons écarter la coïnci-
débittués à voir chaque jour nos sug-
iser. Et, quant à moi, la probabilité
l'évidence, parce qu'en critiquant
ie l'accouchée avait senti les pre-
ient une heure après celle à laquelle
Elle ne s'est pas endormie à 1 h.,
le ne pensait pas que l'expérience
s pas promis, elle savait que je cher-
stion et mon expérience lui parut,
extraordinaire. Si le sommeil s'était
n'aurait pas senti les contractions
les a senties à ce moment-là, indi-
gestion se réalisait. Puis, les contrac-
et fréquentes, l'évidence se fit dans
elle finit par subir et réaliser le som-
moment-là, elle se comporte comme
age, boit, etc. sans se réveiller et
out autant de suggestions réalisées.
i, à 11 h., elle continue de réaliser
ir les contractions jusqu'à 2 $\frac{1}{2}$ h.
accouchement se réalise une heure
aze jours plus tôt que la date fournie

par l'examen lui-même. Il y a donc là un ensemble de suggestions à échéance réalisées qui me permettait d'admettre que l'accouchement lui-même avait été provoqué par mes suggestions antérieures.

Je fis encore deux autres expériences qui éclaircissent différents points de technique et de psychophysiologie et je crus pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° Il paraît presque certain qu'on peut suggérer l'accouchement à terme et, probablement provoquer par la suggestion un accouchement prématuré de 7 à 10 jours, lorsque l'on a obtenu le somnambulisme ;

2° Il est possible par la suggestion (pendant le somnambulisme) d'agir directement sur les contractions et de les provoquer, même quand le travail a cessé depuis quelques heures.

Ce dernier point n'avait jamais été démontré jusqu'alors, mais il fut confirmé à la réunion du printemps de la *Société vaudoise de médecine*, à Gimel, en 1902, par un de nos confrères veveysans. Je l'avais engagé, quelques semaines auparavant, à s'occuper d'hypnotisme et à l'employer, tout d'abord, dans les cas d'incontinence et dans les accouchements. Peu de jours après, il avait réussi à guérir, en une seule hypnose, un cas d'incontinence puis fut appelé un jour, auprès d'une accouchée dont le travail avait cessé depuis six ou sept heures lorsqu'il arriva auprès d'elle. Il essaya, sans succès, tous les moyens usuels pour ranimer le travail et allait faire une version, quand il se rappela mon conseil, hypnotisa l'accouchée, la mit aisément en somnambulisme et lui suggéra des contractions. Au bout de quelques minutes, le travail recommençait et l'enfant naissait une heure plus tard. Au réveil, l'accouchée ne se rappelait rien et croyait n'avoir pas accouché encore¹.

A Gimel pendant le dîner, la conversation était revenue sur ce sujet avec mes voisins, entre autres avec M. le Prof. Rabin qui, très sceptique, me proposa de faire des expériences à la Maternité. Je pensai d'abord refuser, comme j'ai refusé celles qu'on m'a proposé de faire dans d'autres cliniques, parce qu'elles nécessitent des conditions psychologiques que je ne puis rencontrer que chez des malades qui viennent volontairement me consulter. Cependant, j'acceptai et me rendis à la

¹ *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1902, p. 573.

M. Rapin de choisir les cas, excepté au double point de vue psychique. Trois femmes dont je mis la première, les deux autres en hypnose très esthésie totales.

Elle doit accoucher du 20 au 25 juin ; naissances de l'enfant en janvier. Je lui dis qu'il veut qu'ait lieu l'accouchement, elle est très sûre de la provoquer 7 à 10 jours après. D'un commun accord, nous décidons d'attendre le mercredi 13 juin.

Le 12 juin, j'ai suggéré et de ce que j'ai hypnotisée une fois par jour, du 9

Accouchement réalisé

Le 12 juin, à 2 h. elle va au lit, plaisante avec les femmes présentes, se moque de mon expérience et dit qu'elle sent qu'elle ne réussira pas. A 3 h. elle s'endort profondément et, dès ce moment, ne perçoit aucun bruit et n'entend plus que la voix des médecins. Le 13, à 6 h. $\frac{3}{4}$ du matin, elle affirme avoir été en travail toute la nuit et l'être encore. L'assistant ne sent aucune contractions, même quand l'accouchée les annonce. J'arrive à 9 h. $\frac{3}{4}$ au lieu de 7 h. Montre en main, je suggère des contractions régulièrement toutes les trois minutes; je dis à l'accouchée que je vais compter jusqu'à vingt et qu'à vingt elle sentira la contraction. A ce moment, on 3 à 5 secondes plus tard, elle annonce la contraction, mais l'assistant et moi, nous ne la percevons pas au toucher ni à la palpation. Elle annonce la fin de la contraction qui dure de 10 à 20 secondes. A 10 h. $\frac{1}{4}$, nous sentons distinctement les contractions. J'en

accouchée
 en présence
 même
 de 20
 personnes
 l'accouchée
 se tait
 leurs

Je ne puis passer sous silence les difficultés dans ce cas. Je ne m'attendais pas à la clinique et, à ce moment, je n'eus pas le temps de rappeler à M. Rapin que le terme de mon vocabulaire quand je parle à une femme est d'être prudent, pour ne pas agir par surprise qu'il discuterait son cas. Je m'efforçai de rester calme, pendant toute la leçon, qu'elle fut interrompue par la voix de M. Rapin, mais j'eus plusieurs fois l'impression que elle l'entendait et que le son était profond. A 11 h $\frac{1}{4}$, donc, les contractions du canal cervical long de 2 cm. Pendant la leçon, prononcées les paroles suivantes : « L'accouchement — les douleurs sont trop fortes — le col n'est pas dilaté — la femme n'accouchera pas — L'accouchée est examinée pendant et assistée par plusieurs étudiants. Elle dit entendre un bruit de papier et demi, le col laisse passer deux doigts. »

M. Rapin, avec qui je rentre à la clinique, me dit que l'accouchement n'aura pas lieu aujourd'hui, que, quant à moi, je pense que l'accouchement aura lieu parce que j'ai obtenu le somnambulisme pendant la première partie de l'expérience, qui est la partie de l'étude mathématique, je puis conclure la deuxième partie. Je lui dis que l'accouchement que j'ai eu le matin, emploiera probablement de 7 à 12 h., transposé de 10 à 3 h. Je lui dis que, dans le somnambulisme, la période de la pulsion dure peu longtemps, même celle de l'absence de la douleur pendant la leçon.

A 2 h., on me téléphone de retourner à la clinique.

L'accouchée dort, mais gémit ; les douleurs sont très fortes à 1 $\frac{1}{2}$ h. ; dilatation complète.

je lui suggère l'absence de douleurs, le fait a un effet appréciable. Elle me répond affirmativement.

Les femmes sont là ; elles entrent, sortent, prennent toutes les précautions, car je n'ai demandé et posé que l'affirmation à l'accouchée qu'elle ne sent rien ; de nouveau l'absence de douleurs ; l'acte. Alors, j'explique aux assistants qu'il se présente le même phénomène que présentent les femmes qui crient, chantent et affirment, au moment de l'acte.

Le travail est complet ; à 3 h., l'enfant est né et l'amnésie totale et éveille l'accouchée. Elle a l'air effarée et dit : « Comment ? ce n'est pas moi qui rappelle absolument rien, ne sait pas ce qui se passe, qu'elle a été au W.-C. toute seule, qu'elle a passé, en marchant, de son dortoir à la clinique et qu'elle a été présentée à la clinique sans avoir souffert et manifeste une

amnésie a eu lieu le 13, au jour suggéré, donc le calcul ne l'indiquait et deux ou trois examens, fait trois heures avant la fin de l'accouchement permettait de le prévoir. De plus, il a duré cinq heures, de 10 à 3 h. au lieu de 7 à 12 h. Toutes mes suggestions ont été réalisées avec

facilité dans ce cas, tout un ensemble de suggestions permettaient de conclure à la possibilité de l'amnésie.

Enfin, ce que j'ai obtenu dans quatre autres expériences moins bien réussies pour les causes que j'ai énumérées a beaucoup de poids aux conclusions que je tire.

Enfin, la grossesse du huitième ou neuvième mois, la possibilité de suggérer l'accouchement d'avance, dans la crainte que cela ne nuise à la multipare. Des la première séance, je n'ai eu aucun succès avec les suggestions incoercibles qu'aucun remède n'a pu empêcher pendant ses grossesses précédentes. A la clinique, l'omnambulisme léger ; toutes les douleurs

e tête, gastralgies) disparaissent. J'hypnotise la femme : fois pendant cinq semaines et lui suggère un travail facile et moins pénible, car elle dit que plus elle a d'enfant, plus le travail dure longtemps et plus elle souffre.

Le 17 mars, elle commence de souffrir à 5 h. du soir ; elle n'appelle qu'à 8 h., quoique j'eusse prié de me faire connaître les premières douleurs. L'accouchée est énervée parce que son mari est retenu à Zurich par la grève des chemins de fer du Nord-Est. Je veux l'hypnotiser, mais ne réussis pas. Elle dit qu'elle ne pourra pas dormir aujourd'hui. Le col laisse ses bords saillants, n'est pas effacé. La sage-femme, qui l'a examinée cinq fois, confirme les dires de la parturiente au sujet de la durée de plus en plus grande du travail.

L'accouchement se termina à 3 h. du matin. Il dura neuf heures, fut moins pénible que tous les autres et l'accouchée se sentit étonnée de ne pas avoir de douleurs après.

Une autre multipare (4 enfants), qui ne souffrait que pendant la dernière demi-heure de l'accouchement et dont l'enfant devait naître vers le 20 février (dernières époques, 13 janvier), je ne pus obtenir qu'une hypnose peu profonde. Je réussis l'accouchement pour le 18 février.

Le 19 février, elle me fait appeler, car elle éprouve une sensation « comme des tranchées sans douleurs », dit-elle. Le Prof. Muret, qui l'examine, m'affirme que l'accouchement n'aura pas lieu ce jour-là. Le col laisse passer trois heures, à 4 h., on sent des contractions légères. Je suis obligé de laisser la femme seule jusqu'à 9 h. du soir et, quand elle me dit qu'elle aurait accouché si je n'étais pas

présent, décide alors à attendre les événements.

Le 24 février, cette femme, qui n'a senti des contractions pendant ses grossesses précédentes que pendant quelques heures, sent continuellement des « tranchées sans douleurs » ; elle ne se plaint de rien. Sa famille : « elle a l'air hypnotisée tout le temps », dit-elle.

Le 25 février, la dilatation se fait ; j'hypnotise la malade, lui suggère un début, toute douleur (hypnose peu profonde), puis des douleurs apparaissent. Elle se plaint ; la tête est à la sortie. Je l'éveille pour voir si elle souffrira davantage ; immédiatement elle commence à crier. Trois contractions et l'enfant

ience analogue à la Maternité. J'hypnotisai au 18 juin, une multipare ayant eu deux accouchements. Le premier avait duré quatre heures et le second, le 19, avait duré six heures. Je suggère à la femme, comme au premier cas de la Maternité, de s'endormir à 3 h. et d'accoucher le 20 à midi.

Le 19, les contractions en moyenne trois secondes, et on les sent, au toucher, quinze centimètres au-dessus de l'orifice interne est fermé. La femme n'a pas de douleurs aussi fréquentes au début du travail que dans le premier cas; je lui suggère une selle immédiate. Les contractions durent ensuite 50 secondes d'intervalle, puis elles durent 10 secondes et deviennent plus fortes, mais restent indolores chez moi. Le travail diminue puis cesse. La tête n'est pas fixée; col long de 10 centimètres et fermé.

Après-midi, mais mes suggestions réussissent. La femme perçoit la sensation de 20 secondes après la suggestion; les contractions sont moins longtemps. J'abandonne le travail et laisse la femme en somnambulisme.

M. MM. Rapin et l'assistant sentent des contractions, de trois et cinq minutes de durée. La femme dit que le travail n'a pas avancé, que la tête est fixée; à l'examen, on ressent que la tête est fixée, à l'exception du col, qui est mou. Elle croit qu'il est vendredi 20. Elle dort tranquille; je la réveille à 6 h. du soir, parce qu'elle a mal de tête et parce que la dilatation n'avance pas. Elle a encore des contractions pendant la nuit, mais elle n'accouche que le 6 juillet, donc

ce que, dans ce cas, il a été possible de provoquer des contractions, très bonnes et fréquentes, mais sans que la date suggérée s'éloignait trop de la réalité. Il était possible et il s'est trouvé qu'elle s'est induit en erreur par l'anamnèse d'un médecin qui avait écrit une fausse date pour les dernières

Je suggère à cinq autres femmes à la Maternité,

mais trois d'entre elles ont refusé de continuer l'expérience et d'avoir accouché.

Enfin, j'ai fait une sixième dont les dernières époques ont hypnotisée le 18 mars pour la parrivé à la mettre en somnambrait que l'accouchement eût li généralement rétréci, petite f 27 mars, pour avoir le temps de mais, à la quatrième séance, le 25. Le 25, rien n'avait comme jour précédent, pendant la séan elle se sentait très lasse. J'affi ne tarderait pas.

Je fus appelé le 26, à 4 h. du les eaux à 1 h. du matin ; à 2 h ffrir. A 5 h., je trouve le canal l 2 1/2 cm., l'orifice interne ferm pnoise échoue. A 7 1/2 h., on me M. Muret me dit qu'il a vu l était sûr que l'accouchement n jours. A 9 h., la tête a franch vaginal reste rigide et se dilate fant diminuent. Narcose, forceps

J'avais suggéré le début des au 25 et l'accouchement pou ment a eu lieu ainsi, mais un jo attribuer ce retard aux deux d'abord une faute en changeant l'accouchement et, comme je n' lisme, je n'avais pas affirmé d' lieu le jour suggéré.

Si l'on considère ces quelque chacune un ensemble très caractious réalisées qui permettent qu'on les rencontre avec la même riences hypnotiques. Les deu toutes les suggestions presque qu'elles sont en somnambulism sent les contractions. Dans tou

flexes comme nous en créons en provoquant la défécation ou la menstruation ou comme nous en détruisons en arrêtant les vomissements de la grossesse. Rien n'est plus démonstratif et si, dans ces deux cas, le réflexe cérébral n'a pas pu déclancher tous les réflexes médullaires, nous pouvons supposer que c'est dû au fait que l'hypnose n'a pas été assez profonde, quoiqu'il semble que l'accouchement ait été interrompu seulement pour avoir quitté ces deux femmes dans la période de préparation.

Il y a un point important, au sujet de l'hypnose, que je ne puis passer sous silence. J'ai eu l'occasion de soigner trois femmes présentant, en temps normal, des troubles nerveux et toutes trois revinrent me trouver pendant la grossesse à cause de vomissements et de nausées que rien n'avait pu arrêter pendant leurs grossesses précédentes. Je pus les en guérir très rapidement et remarquai, alors, qu'elles dormaient pendant les séances beaucoup plus profondément qu'auparavant. Il n'y aurait rien d'extraordinaire à ce que cela soit de règle générale pendant la grossesse, car la fatigue favorise la production de l'hypnose ; on pourrait donc établir une analogie entre ce fait et l'effet rapide du chloroforme sur les accouchées qui, tous deux, recevraient ainsi une explication psychologique. Je ne sais si ce fait sera confirmé par de plus nombreuses observations.

En résumé, des cinq femmes qui m'ont permis de suggérer la date de l'accouchement, quatre ont réalisé très exactement l'apparition des contractions au jour suggéré et la cinquième, vingt-quatre heures plus tard. C'est la seule conclusion que je veuille tirer, mais je ne crains pas d'affirmer que, quant à moi, je crois pouvoir passer de la probabilité à la certitude de provoquer l'accouchement par la suggestion, à cause de cet ensemble de faits qui frappent dans ces expériences, sans qu'on cherche à les mettre en vue.

La production de ces faits ne dépend que de la technique de l'opérateur et du degré d'hypnotisation. Il est logique de suggérer à la femme en gestation de s'endormir spontanément vers la fin de l'après-midi et de faire tomber la période de préparation à la nuit. La suggestion du sommeil spontané peut être obtenue même dans un état hypnotique moins profond que le somnambulisme et, en se réalisant, elle frappe l'esprit de la femme et facilite l'apparition des contractions suggérées. Il faut lui affirmer que, depuis le moment où elle s'endormira,

elle ne pourra plus se réveiller et que c'est en dormant, mais en laissant les yeux un peu entr'ouverts pour voir suffisamment, qu'elle boira, mangera ses repas et ira à la garde-robe. On doit lui présenter les repas tout préparés à être mangés avec la cuiller et la laisser, pendant le sommeil, en relation avec une seule personne, ainsi qu'on peut le voir dans les exemples que j'ai donnés.

Il est évident que le succès sera plus grand dans la clientèle privée qu'à l'hôpital, car le médecin qui voit une femme depuis le début de grossesse, aura le temps de la préparer. Il commencera de l'hypnotiser au septième mois et, dès qu'il aura obtenu une hypnose très profonde ou le somnambulisme, il pourra ensuite ne faire qu'une séance par semaine.

Si nous voulons résumer les avantages de la suggestion hypnotique en obstétrique, nous pouvons affirmer qu'elle est un moyen unique de faire cesser les troubles nerveux réflexes de la grossesse (vomissements du début et insomnie de la période finale) et qu'elle permet de préparer et de diriger l'accouchement. Grâce à l'anesthésie obtenue, la période de dilatation est courte et plus l'hypnose est profonde, plus l'anesthésie est entière et plus le travail est activé. C'est donc, actuellement, le seul anesthésique qui n'arrête pas le travail.

On a vu que, dans trois cas, la réalisation des sensations suggérées permettait de prévoir l'accouchement immédiat, alors que les symptômes physiques faisaient conclure qu'il n'aurait lieu que quelques jours plus tard. On a donc, dans la réalisation des sensations suggérées, un moyen de diagnostiquer l'imminence de l'accouchement plus certain que l'examen par le toucher.

Il me semble que je puis ajouter que c'est aussi un moyen de provoquer l'accouchement et cela ne peut surprendre personne en définitive, car nous voyons parfois une émotion provoquer l'accouchement quelques jours et même quelques semaines plus tôt qu'il ne devrait avoir lieu. Pourquoi donc, une sensation suggérée ne pourrait-elle produire, dans le somnambulisme, le même effet ? Toute la psychologie expérimentale l'atteste et je crois en avoir fourni une preuve assez évidente. Je regrette de ne pas avoir pu vous apporter des chiffres plus considérables, des preuves plus décisives, mais, en dix ans, je n'ai rencontré que treize personnes qui aient consenti à se soumettre à l'expérience ; d'autres, n'ont pas voulu s'y prêter. De ces treize, sept

à quelques séances et six seules ont su
et à la peur. Je leur en suis fort recon-

que d'autres, qui voudront bien essayer
contrôler les faits que j'avance, pourront
conclusions que je vais formuler en terminant

on peut mettre la femme en somnambu-
le au jour suggéré à la condition de faire
un têt, huit jours avant la date fournie par
. Le médecin ne devra pas s'éloigner de
la dilatation ait commencé ;
ou le temps d'obtenir, ou si l'on ne peut
à somnambulique, on pourra cependant,
provoquer l'accouchement au jour suggéré,
pendant la nuit et que la période de dila-
n'ait lieu que le lendemain, pendant le

Cas de cinquième maladie.

faite à la *Société vaudoise de médecine*,
le 7 octobre 1905,

par le Dr E. DE LA HARPE
professeur à l'Université de Lausanne.

autrefois trois maladies éruptives : la scar-
latine, la rubéole. En 1900, Dukes a décrit une
à laquelle il a donné le nom de quatrième
maladie est encore plus récente ; elle
n'a été décrite par des auteurs alle-
mands. Cheinisse dans la *Semaine médicale* du
son sujet d'abondants détails et des indi-
cations nombreuses.

En 1905, au commencement de 1905, quelques
cas répondent bien à la description de la cin-
quième. Pour les résumer, je donnerai en quelques
caractéristiques de cette affection :
durée, quatorze jours.
Symptômes généraux.

3. Marche apyrétique.

4. Pas d'évanthème.

5. Début par une rougeur vers le nez, la bouche, les oreilles, qui se diffuse uniformément, d'une teinte pourprée. Elle n'avait aucune ressemblance avec l'éruption qui se manifestait plus tard sur les extrémités.

6. Exanthème apparaissant d'abord à la racine à l'extrémité des membres, sous forme de placards rouges plus ou moins étendus, au centre à la périphérie et formant une bande plus ou moins régulière. Parfois l'éruption respecte le tronc.

7. Il n'y a pas de gonflement.

8. Enfin la durée de la réaction est courte. Elle peut se produire des rechutes.

Nous avons retrouvé la même réaction au nombre de cinq, que nous avons observée dans la même famille, dans deux autres cas, qui ont été suivis aussi en partant de la réaction et Warnery.

Obs. I. — Enfant de 4 ans, robuste, sans autres prodromes. Le 10 mai, un beau matin avec une éruption de rougeole. Deux jours cet enfant m'avait frappé par son état, je n'avais pas eu l'idée qu'il pût y avoir une éruption de rougeole, et j'avais mis cette rougeole sur le compte d'un catarrhe. L'éruption constatée sur les bras, les cuisses, les jambes, la couleur et le dessin d'une rougeole normale. L'éruption se prolongea pendant 4 jours, le lendemain, l'euphorie générale, la fièvre cessa. L'éruption augmenta même pendant les 2 premiers jours.

L'éruption apparut aux cuisses, mais ne se montra pas sur le visage. Il n'y eut pas non plus de rougeur sur le tronc.

Quant à la durée de l'érythème, elle fut de 4 jours, vers le 6 ou 7, sa guérison vint, sans fièvre, un état anormal, comme dans les autres cas, l'influence de causes inconnues.

A ce moment l'enfant refit un à deux jours, avant de :

ont également présent
e doivent être rangées p
le.

17 ans, ayant eu la rouge
24 mars en pleine santé, s
ne rougeur intense des jou
r du nez, de la bouche; le ne
Cette rougeur, qui dura c
on de cuisson. L'érythème a
rne du bras, progresse vers
e du bras; à la rougeur se j
mum de l'éruption est attei
irrégulier, qu'on peut comp
rayon de miel, mais en plu
éruption descendante, qui
estent indemnes.
urs, disparition graduelle,
d'instants, par exemple a
ent atteinte montre de nou

de 19 ans, ayant eu la r
. Ici, pas de rougeur préni
t les avant-bras, face exte
narquer par les démangeai
rs souvent de l'articulaire),
on graduelle. Près d'un mo
des mains, des bras au soleil
rythème qui reparait sous
ou moins complets, accor

20 ans, ayant eu la rouge
jeur des joues, et une érupti

ans, ayant eu la rougeole. V
hez les autres malades, la r
et les jambes, respectant le
ns seulement l'absence de fi
pâlit et l'enfant paraissait gr
le poussée nouvelle qui env

thorax et le dos ; 2^o de la fièvre entre 38° et 40° ; 3^o de l'agrandissement des glandes cervicales et axillaires. Notre confrère qui soignait la malade à ce moment, constata en outre une constipation des voies digestives. Il considéra le cas comme grave, et la malade fut rétablie vers le 22.

Ces quelques cas nous permettent-ils de conclure sur la durée de l'incubation de la cinquième maladie ? 18 jours environ entre l'apparition de la première et la première malade et le début du second cas ; entre le second et le troisième cas, 12 jours environ ; entre le troisième et le cinquième cas, 12 jours environ.

Remarques. — Si j'ai appelé l'attention sur ces cas, c'est qu'ils présentent certaines particularités communes intéressantes. Ce complexe de symptômes, mérite-t-il d'être classé à part et considéré comme une cinquième maladie ? Je n'essaierai pas de le décider, mais je dirai qu'il est morbide d'avec la quatrième maladie, d'expérience personnelle, et qui, à en juger par les cas de Dukes, est un exanthème scarlatini que nous avons montré chez nos malades.

Mais on peut se demander si la cinquième maladie n'est qu'une forme atténuée ou modifiée de rubéole. On a vu en effet que des cas de cinquième maladie ont pu se produire pendant une épidémie de rubéole. Cette différentiation est possible ; il insiste sur les particularités suivantes : la rubéole a souvent une invasion brusque d'abord à la face et au cou, et se propage ensuite à la cutanée, donne lieu à des gonflements, et la cinquième maladie est apyrétique, se propage presque exclusive sur les extrémités et le tronc, et ne fait pas naître de l'engorgement. Ce qui nous concerne, le dernier des cas cités montre que la cinquième maladie peut exister indépendamment, peut évoluer en

Les rechutes qu'ont présentées nos malades ont un caractère intéressant sur lequel je voudrais insister. Les rechutes sont fort désagréables pour les malades, et pour les élèves des écoles qui sont atteints de la cinquième maladie. C'est une question plus ou moins légitime auprès de la population. Je mentionne aussi ces rechutes auxquelles nous avons vu succéder les suivantes : frictions sur les membres

ai constaté, comme je l'ai déjà dit, derniers facteurs d'une façon évidente.

que la cinquième maladie offre comme infectieux des variations dans ses manières de se manifester, en croire les auteurs cités par Cheinissé, cas à forme normale correspondant au type normal, des éruptions morbilliformes, d'autres fois, des éruptions morbilliformes, d'autres fois, des éruptions morbilliformes, connaît la variabilité extrême des exanthèmes et des efflorescences cutanées en général ! Les cliniciens seraient heureux de pouvoir s'orienter dans ces variations individuelles. Gagnera-t-il quelque chose d'un nouveau type morbide ? Seule, une étude soignée de la cinquième maladie, que Cheinissé appelle *infectieux*, a droit à l'existence ou à la disparition dans le cadre vague et élastique des

syphilitiques des paupières

Par le Dr J. NARICH

cultés de diagnostic, les formes diverses de la gomme syphilitique, l'efficacité prodigieuse de la gomme syphilitique un chapitre important au premier chef.

que rares, les gommes syphilitiques des paupières, quelquefois dans la pratique ophtalmologique, signale le premier cette affection et la confond avec le chalazion. Il la traitait tard, Lawrence (1831), Jean Campbell (1837), publient des observations sur l'infection syphilitique des paupières. Dans ces dernières années, d'Estlander (1870), de Magawly (1871) ont sur cette question un jour nouveau. En 1889 dans le *Bulletin médical* un article sur les formes spéciales des

nous l'avons déjà dit, la gomme syphilitique est rare. Zeissl, sur 40,000 syphilitiques,

n'en observa que quatre atteints de cette localisation tertiaire. Les gommès étant un accident de la syphilis acquise, se rencontrent surtout chez l'adulte; elles ont pourtant été observées chez quelques nourrissons contaminés par leur nourrice. Elles se développent avec une égale fréquence chez l'homme et la femme. Elles ont une prédilection marquée pour la paupière supérieure, vers l'angle interne de l'œil. Comme toutes les gommès elles apparaissent dix à vingt ans après le chancre; elles peuvent aussi se manifester précocement, et l'on a noté des cas où elles ont paru neuf et douze mois après l'accident primitif.

Le traumatisme et surtout le traumatisme répété a été invoqué pour expliquer cette localisation.

Anatomie pathologique et symptômes. — La gomme est tantôt *unique*, tantôt *diffuse*. Dans le premier cas elle est bien circonscrite, revêt la forme d'un petit pois, d'une noisette; dans le second, elle présente une infiltration étendue, caractérisée par des nodosités de petite dimension, qui se ramollissent, s'ulcèrent et s'ouvrent au dehors pour y rejeter un contenu sanguinolent. En se cicatrisant, elles laissent à leur place un tissu blanchâtre, rétractile, permettant quelquefois le diagnostic rétrospectif.

Ordinairement, la gomme débute dans les parties musculo-membraneuses, entre la peau et le cartilage tarse; elle peut prendre naissance dans le derme même des paupières; dans ce cas, elle n'a pas la mobilité de celle comprise entre le tégument et le cartilage; sa consistance est ferme, sa surface lisse et tendue revêt souvent un aspect squameux.

La gomme des paupières, comme celle des autres régions, passe par quatre périodes successives :

1° La période de *crudité*, où elle se présente sous la forme d'une nodosité dure, peu mobile, du volume d'un petit pois à celui d'une amende. De Wecker et Landolt en ont vu de la grosseur d'un œuf de pigeon. A cette période, la gomme incommodé peu le malade, qui ne ressent d'ordinaire qu'une vague pesanteur sur la paupière intéressée. Indolore généralement, elle provoque parfois des phénomènes douloureux intenses. A ce premier stade elle est susceptible de demeurer longtemps stationnaire; elle cède au traitement.

2° A la période de crudité fait suite celle de *ramollissement*. La tumeur commence par se ramollir en son centre, pendant

incit et, de légèrement mobile qu'elle des adhérences avec les tissus avoisinabiliser.

tion ne tarde point à s'établir. On re-
tre arrondie, circonscrite par des bords
porte-pièce, avec un fond bourbillon-
ger, dans un suintement jaunâtre, des
a comparées à «de la chair de morue»,

isation se caractérise par l'élimination
t le fond de l'ulcération était comblé;
on augure apparaissent dans l'ulcéra-
ds épaissis de celle-ci s'amincissent et

rdinaire des gommes des paupières,
vient arrêter ce processus néoforma-

que la gomme isolée augmente parfois
t intéresser la profondeur des tissus;
as la forme d'une nappe, d'une plaque
iou, affectant une marche identique à
crite pour la gomme isolée bien cir-

naissent sur le derme, dans les par-
ses, au-dessus du ligament tarse. Les
sont comprises dans l'épaisseur de la
le plus souvent le long du bord libre
voquent la chute des cils.

— Par tarsitis, on entend la localisa-
ne syphilitique, sur le ligament tarse.
forme circonscrite et une forme dif-

se caractérise par une nodosité sié-
rse même, et offrant au doigt qui la
masse indurée, consistante, adhérente
e tantôt du côté de la peau, tantôt et
njonctive.

voit plus souvent que la précédente.
'ont bien décrite. La tumeur conserve
ament qui la porte; à la pression elle
laque indurée, parsemée de nodosités;

elle acquiert quelquefois un volume relatif soit celui d'un œuf de pigeon. Elle atterrit les paupières, qu'elle envahit successivement. Les cils tombent; cette chute sera suivie de la compression de leurs bulbes par le tarse.

Le tarsitis syphilitique est accompagné de lésions bulbaires diverses : l'iritis, la rétrobulbarite s'observent dans le cours de cette affection.

Blary a noté la sclérose des muscles de l'œil à la suite de la cicatrisation de gommes sur les mêmes muscles.

Les gommes du ligament tarse peuvent se faire de deux façons différentes : 1° par ulcération; 2° par processus ulcératif se faisant soit du côté de la conjonctive, cas le plus fréquent.

Le traitement antisiphilitique bien conduit, sans toutefois amener la guérison complète, dont les restes se manifestent par une gêne visuelle, parfois par un léger degré de lagophtalmie.

La résolution spontanée de la gomme est rare; le ptosis s'améliore, les cils repoussent.

Diagnostic. — Ici, plus que partout ailleurs, il faut arriver promptement au diagnostic. En présence d'une tumeur, on est tenu de penser à l'épithéliome, à l'orgelet, au chalazion, etc.

L'*épithélioma* se développe principalement sur le tarse; il se rencontre néanmoins chez des sujets jeunes; conséquemment, notre attention. Nicolas¹ a fait une observation inaugurale, trois observations se rapportant à des sujets âgés de 35, 33 et 34 ans. Cette affection est souvent le résultat d'irritations prolongées, de lésions négligées, dermatoses diverses, etc. Elle a une marche lente; cantonnée longtemps sur le tarse, elle s'ulcère, tandis que la gomme évolue rapidement. L'ulcération épithéliomateuse est douloureuse; elle érode les tissus : c'est le cas. Elle est parsemée de bourgeons sanieus, fétides, et est suivie de hémorragies fréquentes. L'état général

¹ Jacques Nicolas, Du traitement dermatologique de l'angle interne de l'œil. *Thèse de Montpellier*.

la cachexie ne tarde pas à apparaître. Enfin, les antécédents du malade, l'absence de spécificité, fixent encore mieux le diagnostic.

« Le *chancre* est un accident qui saute rarement aux yeux », a dit Ricord. « Cependant quand il y saute, et cela lui arrive plus souvent depuis que les syphiligraphes ont appris à mieux le connaître, il occupe de préférence la région de la commissure », à ce qu'affirme Panas¹. Le chancre syphilitique est généralement unique. Il se localise quelquefois sur les bords palpébraux ou dans le grand cul-de-sac conjonctival. L'apparition précoce du bubon préauriculaire ou sous-maxillaire est un signe précieux du diagnostic.

L'*orgelet* est un simple furoncle de la paupière. Il a son siège dans une des glandes sébacées, annexées aux follicules pileux. Affection très fréquente, elle se présente surtout sur le bord de la paupière supérieure. Sa forme caractéristique en grain d'orge (*hordeolum*), sa sensibilité exquise, sa durée éphémère, l'œdème palpébral qui l'accompagne, contribuent amplement à le différencier.

Le *chalazion* se distingue facilement de la gomme syphilitique. Plus fréquent à la paupière inférieure, il se rencontre souvent au cours de blépharites invétérées ou à la suite d'orgelets chroniques. Il peut cependant s'enflammer et s'ulcérer, mais dans ce cas d'ulcération ne repose pas sur une base indurée, comme dans la gomme syphilitique.

Le *lupus tuberculeux* ou *gomme tuberculeuse* présente à ses débuts une analogie exceptionnelle avec la gomme syphilitique. Tumeur indolore comme la gomme spécifique et se ramollissant progressivement comme celle-ci, elle finit par se rompre, donnant un pus jaunâtre, mal lié, parsemé de grumeaux. On comprend combien est difficile le diagnostic de la gomme tuberculeuse à ses débuts. Cependant le stade de l'ulcération venu, certains caractères distinctifs permettent le diagnostic. Tout d'abord, la gomme tuberculeuse ne repose pas sur des tissus indurés, elle n'est pas taillée à l'emporte-pièce, mais étale des bords déchiquetés, mal délimités, soulevés par endroits. Son évolution est très lente. Les lésions concomitantes de tuberculose pulmonaire, laryngée, articulaire ou autres préciseront mieux sa nature.

¹ Voir NICOLAS, *loc. cit.*

Le *rupia syphilitique* est un accident tertiaire. Il se manifeste par une croûte d'épaisseur et recouvre un pus jaune-rougeâtre; ses bords sont irréguliers. Le *rupia* de la paupière est caractérisé par les cicatrices qu'il laisse et par l'ectropion qu'il provoque. Son diagnostic est facile. Le fait que l'aspect d'une coquille d'huître et la sous-jacente sont caractéristiques.

Complications. — La gomme syphilitique peut entraîner la rétraction des voiles palpébrales. On a remarqué souvent l'atrophie des cils. Galezowski, dit Blar, a noté une irido-choroïdite de l'angle externe de l'œil.

Pronostic. — Diagnostiquée et traitée, la lésion syphilitique la plus bénigne peut envahir toute la paupière et aboutir à la destruction. Dans quelques cas heureusement spontanée.

Traitement. — Le traitement sera le même que pour tout autre accident du tertiariisme, on fera l'administration de l'iodure de potassium par jour. Hirschler dit en avoir obtenu de bons résultats.

La majorité des auteurs conseillent le traitement mixte. On peut s'adresser soit aux injections intramusculaires à la dose quotidienne de 3 à 4 g pour l'adulte, aux injections hypodermiques.

Bichlorure de mercure	0
Eau distillée bouillie	4

à faire en injection intra-musculaire dans le bras, répétée tous les jours. Faire 10 à 15 injections.

Ou bien, si l'on n'a pas le malade

Bichlorure de mercure	0
Eau distillée bouillie	4

à faire en injection intra-musculaire, tous les jours, en série de dix piqûres.

Chez l'enfant on donnera, trois fois par jour, dix gouttes de liqueur de Van Swieten.

mois, on augmentera la dose jusqu'à quarante gouttes par jour.

Au cas où le tube digestif de l'enfant serait en mauvais état, il est indiqué de remplacer la liqueur de Van Swieten par l'onguent napolitain, à la dose d'un gramme pour une cartouche.

On continuera ce traitement énergique jusqu'à la disparition de la gomme, puis on mettra en vigueur le traitement anti-syphilitique ordinairement employé.

L'iodure de potassium doit être prescrit chez l'adulte en même temps que le mercure. On ordonnera une potion renfermant 30 grammes d'iodure dans 300 grammes d'eau, à prendre à la dose de deux cuillerées à soupe par jour, après chaque repas principal.

On n'oubliera pas les accidents buccaux, si fréquents à la suite des traitements mercuriels prolongés. On prescrira, à cet effet, un gargarisme renfermant 15 grammes de chlorate de potasse pour 500 grammes d'eau. Les dents cariées et les chicots seront extraits préalablement. Les dents bien conservées seront brossées deux fois par jour, après chaque repas. On proscrira absolument l'usage du tabac.

La gomme syphilitique exige, lorsqu'elle est ulcérée, un traitement local. Il consistera en pansements antiseptiques et aura pour but d'éviter les complications inflammatoires érysipélateuses ou autres, ainsi que les cicatrisations vicieuses. On peut s'adresser à l'iodoforme en poudre, à l'aristol, à une solution au $\frac{1}{20}$ de protargol, etc.

Les emplâtres mercuriels appliqués sur la paupière doivent être rejetés, ils irritent fortement la conjonctive.

Rappelons que la gomme syphilitique de la paupière peut guérir spontanément, mais que les cas heureux observés, ne nous autorisent point à l'abandonner à la bienveillante nature.

Considérations sur le traitement du pied bot varus équin congénital

Communication faite à la *Société médicale de la Suisse romande*,
le 2 novembre 1905

par le D^r L. GOUNAUER
privat-docent de chirurgie à l'Université de Genève

En fait de pied-bot, quel que soit le degré et l'âge de la difformité, on est en présence de trois symptômes capitaux, à savoir : l'*équinisme*, la *supination*, l'*adduction du pied*.

Si l'on cherche à réduire la difformité, on rencontre trois obstacles de différentes natures et d'intensité variable, qui sont : la résistance du squelette, celle des ligaments et celle des tendons. La distinction entre pied-bot osseux, pied-bot ligamenteux et pied-bot tendineux est justifiée dans une certaine mesure par la prédominance de tel ou tel de ces obstacles.

Comme je ne dispose ici que de quelques minutes, ma communication ne peut porter que sur les points principaux du traitement du pied-bot. Je me contenterai de répondre aux questions suivantes : 1° Quel est le symptôme le plus grave ? 2° Quels sont les obstacles les plus difficiles à vaincre ? 3° Quel est l'âge le plus favorable au traitement et, suivant l'âge, quelle est la marche à suivre pour obtenir non seulement la restitution anatomique, mais encore le retour à la fonction, c'est-à-dire la solidité de la voûte, la souplesse et la mobilité ?

1° *Quel est le symptôme le plus grave ?*

Pour répondre à cette question, il suffit d'avoir examiné un certain nombre de malades traités par différentes méthodes et, en particulier, par les méthodes orthopédiques pures. J'ai nommé le procédé lent tel que l'emploie M. Martin, de Lausanne, et le redressement forcé à l'aide de machines. Ces méthodes ont donné souvent des échecs partiels et voici, en pareil cas, ce que l'on peut observer : avant le traitement l'enfant marchait sur le dos du pied ; aujourd'hui la plante touche le sol. L'adduction a disparu plus ou moins complètement ; il n'y a plus de supination de l'avant-pied. Cependant en examinant de plus près, on constate que la correction a été obtenue en majeure partie par une mobilisation de l'avant-pied, par un déplacement par rapport à l'astragale et du calcaneum

né au devant de ces deux os. Le squelette ment du côté de la pression et l'accroissement du cas de méthode lente a été heureusement, le calcaneum est encore incliné de ns antéro-postérieur, en bas et en dedans sal. Son extrémité postérieure s'est à peine le interne. Il en résulte un affaissement de e pied est plus ou moins « en bateau », il à la récédive de la supination.

Il passé ?

nisme (fig. 1) on s'est servi du pied (p) nter-résistant, dont le point d'appui se mortaise tibio-tarsienne (t). La résistance s ligaments astragaliens postérieurs et le puissance (P) est représentée par l'effort d. Avant que la puissance ait pu vaincre a cédé (voir fig. 2). Le pied n'a pas basculé nt de l'avant-pied a entraîné un efface-taire.

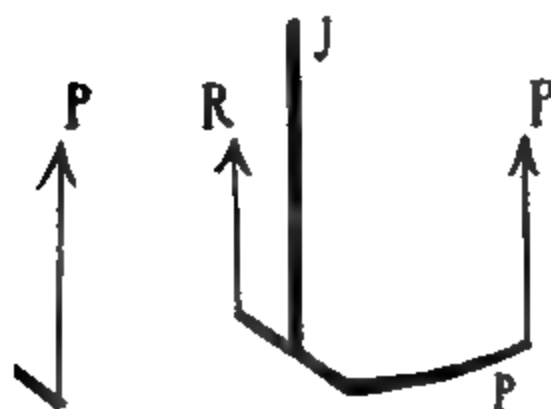


Fig. 2

t lente ou rapide, le même phénomène se cas. Il faut cependant ajouter que si la re elle la durée quelquefois excessive du sement forcé pêche par le fait qu'il ne directe sur l'extrémité postérieure du de Venel peut agir dans une certaine que le cas ne soit pas trop ancien, sur

te de ce qui vient d'être dit que le symp- l'équinisme.

2° *Quels sont les obstacles les plus difficiles à surmonter ?*

Chez les sujets très jeunes, dont le squelette est encore cartilagineux, l'obstacle principal réside dans le raccourcissement des muscles et des tendons postérieurs et internes et quelquefois dans celui de l'aponévrose plantaire.

Chez les sujets plus âgés avec déformations osseuses plus prononcées, les trois obstacles mentionnés plus haut : osseux, ligamenteux et tendineux s'associent et s'égalent le plus souvent.

Je fais circuler maintenant les photographies et les moulages relatifs à une partie des cas que j'ai traités et les représentant avant et après le traitement (Voir Pl. III, IV et V). Les uns concernent des enfants très jeunes n'ayant pas encore marché, les autres se rapportent à des sujets âgés de deux ans et plus.

Et ce qui va suivre sera la réponse à ma troisième question : à savoir *quel est l'âge le plus favorable au traitement* et suivant l'âge, quelle est la marche à suivre pour obtenir non seulement la restitution anatomique, mais encore le retour à la fonction, c'est-à-dire la solidité de la voûte, la souplesse et la mobilité ?

Ici il faut faire une distinction fondamentale :

Au-dessous d'un certain âge, en général au-dessous d'un an et demi, avant que l'enfant ait aggravé sa difformité par la marche, on pourra toujours obtenir la guérison sans intervention sur le système osseux, et j'ajoute : une guérison relativement rapide, car je pense qu'il est très utile, sinon indispensable de tenir compte dans le choix et l'application d'une méthode de la durée du traitement. Et c'est parce que j'ai tenu compte de cet élément que je me suis séparé sans hésitation et dans la plupart des cas de la méthode orthopédique pure.

Chez les enfants plus âgés, lorsque les déformations osseuses se sont accentuées, de même que les résistances tendineuses et ligamenteuses, l'intervention devra, dans la plupart des cas, porter sur ces trois ordres de tissus.

Je mentionne pour mémoire des cas bénins rencontrés chez de très jeunes sujets, cas réductibles d'emblée, ne demandant qu'à guérir, et qui, traités sans retard, guérissent sans laisser de traces et par les moyens les plus simples, en quelques semaines.

Il me reste à dire quelle a été la méthode suivie dans les cas que je mets sous vos yeux.

Chez les enfants les plus jeunes, soit ceux de la première catégorie, le traitement a été le suivant :

Au début : Séances quotidiennes de massage et de manipulations correctives de la difformité, d'une durée de quelques minutes, puis fixation du pied en position plus ou moins réduite dans un appareil laissé en place pendant quelques heures d'abord, puis jusqu'au lendemain, vérifié souvent et toujours enlevé une heure ou davantage avant la séance suivante. Précaution nécessaire, car, quel que soit l'appareil et le soin avec lequel on le place, il se produit quelquefois très rapidement des troubles circulatoires aux endroits comprimés, menaces de décubitus qu'il faut à tout prix éviter sous peine de perdre un temps précieux.

L'activité musculaire est quelquefois extraordinaire chez le tout jeune enfant. Il résiste alors et lutte avec opiniâtreté contre le moindre déplacement de son pied ; le malade se fait lui-même son décubitus. Dans bien des cas la patience de l'orthopédiste est soumise à une rude épreuve.

En fait d'appareil, je suis resté fidèle au sabot de Venel que j'ai appris à manier pendant de longs mois à l'Institut orthopédique de Lausanne et occasionnellement pendant que j'étais assistant dans le service de mon maître, M. le prof. Roux.

Après le corset dont presque chaque cas de scoliose subissait autrefois la torture toujours étiquetée d'un nom nouveau, après les cinquante machines inventées pour la mensuration des déviations du rachis, nous voyons s'allonger la liste interminable des appareils imaginés pour la réduction et la contention dans le traitement du pied-bot. Beaucoup sont compliqués et donnent l'impression de quelque chose de maladroit. Le sabot de Venel est simple, et, à condition qu'on soit rompu à son emploi, il répond à tout ce qu'on peut attendre d'un appareil.

Après avoir modelé ainsi pendant quelque temps un pied-bot, en s'aidant de l'action patiente du sabot de Venel, il arrive un moment où le pied est presque réductible, où l'on sent que l'obstacle qui reste à vaincre réside dans la rétraction des muscles et tendons gastrocnémiens et jambiers et, dans une certaine mesure, des fléchisseurs du pied et de l'aponévrose plantaire.

C'est à ce moment que je place la deuxième partie du traitement, qui consiste dans l'allongement opératoire des tendons et, généralement, la section de l'aponévrose plantaire. Immédiatement après cette intervention, j'ai toujours pu obtenir une hypercorrection.

Le pied est alors fixé dans un appareil plâtré pendant deux semaines au bout desquelles on enlève les fils. Le sabot de Venel prend alors son rôle pendant une quinzaine de jours, quelque peu plus, pour compléter le traitement. Puis le malade est congédié avec une gaine lacée en celluloïd, faite sur un modèle du pied en hypercorrection. Cette gaine sera portée jusqu'au moment où l'enfant commencera à marcher, car avant cette époque, quelle que soit la perfection du résultat obtenu, un certain degré de récurrence est toujours possible.

L'appareil en celluloïd, léger, facile à mettre, sera enlevé chaque jour par la mère qui fera quelques manipulations, laissera le pied libre pendant une heure, puis pendant deux heures et ainsi de suite en augmentant la période de liberté suivant l'état du pied.

J'ai parlé tout à l'heure de l'allongement des tendons. Il est des opérateurs restés fidèles à la ténotomie pure et simple. Je n'ai pas de leur avis, puisqu'il existe des procédés élégants qui permettent d'allonger un tendon sans le couper. J'ai employé

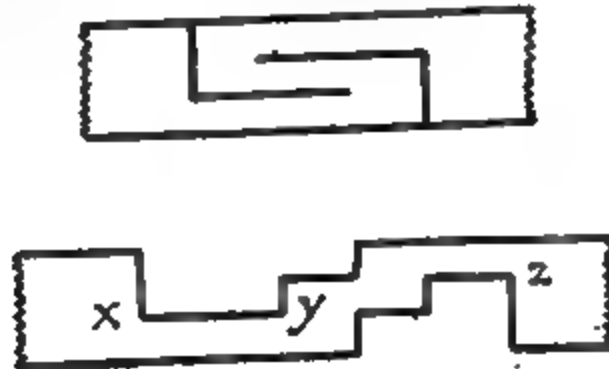


Fig. 3 & 4

Je débute le procédé décrit par Hibbs en 1899 à l'Académie de médecine de New-York. Les fig. 3 et 4 donnent la démonstration de ce procédé. Pour les gros tendons, j'ai placé en x, y des points de suture à la soie. Par cette intervention, le tendon est affaibli tout pendant le temps nécessaire à la terminaison du traitement. Très rapidement, le muscle reprend sa fonction et c'est de sentir sous le doigt, après trois semaines, un tendon normal.

Quant à l'aponévrose plantaire, quand elle se présente comme une corde tendue s'opposant à la réduction, le bistouri est vite passé sous la peau, le tranchant promené sur la corde

ait cédé complètement. Dans les cas de traitement a duré de trois à cinq mois en

catégorie, qui comprend des malades plus ont choisi le procédé opératoire, consistant en une seule séance de tout ce qui s'oppose à la difformité. L'opération a été suivie d'un traitement mécanique précoce, prolongé plusieurs semaines et destiné à perfectionner le résultat

décomposée dans les temps suivants : 1° l'incision ; 2° section à ciel ouvert de l'aponévrose de l'adducteur du gros orteil, en laissant une plaie béante pour permettre l'allongement du pied ; 3° ablations osseuses économiques autant que le cas présente ses particularités ; chez le patient, après que j'eus enlevé la tête et le col de l'asclérotisme ce qui s'opposait à la rentrée dans la morcelle calcanéum ne s'abaissait pas, malgré la distance du tendon d'Achille. J'ouvris alors la capsule sous-astragalienne, et sectionnai le ligament et les ligaments calcanéens postérieurs et le pied put alors être abaissé et un certain degré de correction fut obtenu, hypercorrection qui a augmenté l'efficacité du traitement orthopédique consécutif. Dans cette seconde catégorie de cas, le résultat obtenu dans l'espace de deux à trois

mon traitement dans les cas de la première catégorie. Les tous jeunes enfants, se décomposent en deux temps : 1. traitement orthopédique ; 2. allongement des tendons et traitement orthopédique de perfectionnement.

Deuxième catégorie, comprenant les enfants plus âgés, nécessitant une intervention opératoire primitive, suivie d'un traitement orthopédique de perfectionnement. Je résume maintenant sur les points suivants :

l'obstacle principal dans le traitement du

allongement des tendons contre la section

3. J'estime qu'en général la voie purement orthopédiques, mais qu'il faut combiner les deux.

Plus l'enfant est jeune, plus la forme du pied

J'insiste encore tout tendons au traitement des raccourcissements tendons pendant plusieurs années peut fournir une preuve (voir phot. 1 et 2, Pl. I).

Il a été fait chez lui l'allongement des tendons que je n'ai pas cru nécessaire, pensant que l'exercice améliorerait le résultat ; il a maintenant le niveau du tendon d'Achille court ; la flexion dorsale ne boîte pas, mais la marche

Des trois autres enfants, l'âge de deux mois : celui du pied-bot congénital a duré trois mois, portée à peine deux mois. L'enfant est âgé maintenant, les difformités sont les cicatrices de l'allongement des tendons.

Le frère du précédent a le pied double et chez lui le résultat est la forme, soit au point de vue de la forme, soit au point de vue de la marche (voir phot. 15 et 16, Pl. IV).

Enfin, le dernier enfant, âgé de deux ans et atteint de pied-bot, est invincible aux manipulations orthopédiques primitives et a besoin de quatre mois pour les appareils.

RECUEIL DE FAITS

Lupus du nez traité et guéri par les Rayons X

Par le Dr Du Bois

Chef de clinique au service dermatologique de l'Hôpital
cantonal de Genève

La petite malade qui fait l'objet de cette observation est âgée de 11 ans ; elle est entrée le 22 avril 1905 dans le service de M. le Prof. Oltramare, pour une affection tuberculeuse du nez.

Son père est mort jeune, poitrinaire ; sa mère est bien portante, elle a eu deux autres enfants, un garçon âgé de 10 ans et une fille de 7 ans, qui tous deux sont en parfait état de santé.

A la suite d'une rougeole contractée il y a deux ans, notre malade a vu se former sur la narine gauche et sur le bout du nez deux petits « boutons », rouges, indolores, et, comme elle souffrait alors d'une conjonctivite très rebelle, les lésions du nez furent traitées en même temps que les yeux.

Malgré des pansements variés, ces deux boutons augmentèrent de volume, et finirent, en se fusionnant par envahir toute l'extrémité nasale ; son médecin lui fait des applications fortes de permanganate mais sans amélioration de la lésion qui continue à progresser, il l'envoie alors à l'Hôpital cantonal¹.

Le nez est augmenté de volume, toute la pointe et les deux ailes sont recouvertes par des croûtes noirâtres, épaisses à surface irrégulière et bosselée. Sous les croûtes qui se soulèvent difficilement on aperçoit des bourgeons charnus baignés dans une abondante sérosité purulente ; il existe une légère destruction du bord de l'aile gauche (Fig. 1).

La muqueuse nasale est également atteinte présentant des ulcérations et des bourgeonnements, recouverts de pus et saignant très facilement. L'examen rhinologique fait par M. le Dr Guder montre que le processus lupique pénètre à environ 1 $\frac{1}{2}$ cm. à l'intérieur de la narine, s'étendant principalement sur la cloison et le plancher ; le tiers antérieur du cornet inférieur gauche paraît détruit.

La lésion est en général peu douloureuse, les bords seuls sont un peu sensibles à la palpation.

La malade ne présente rien de particulier dans ses autres systèmes ; seuls les ganglions sous-maxillaires et nuquaux sont légèrement augmentés de volume.

Un pansement humide au lysol faible fait tomber toutes les

¹ Observation prise par M^{lle} Brunstein, assistante du service.

croûtes, et l'on commence à piquer avec une ampoule du à 15 cm.

La dose de rayons absorbés il est fait des applications, le note une amélioration manifeste, la sécrétion séropurulente, légère épidermisation du point.

Les applications sont continuées le 21 et 30 juin avec des mens

Fig. 1
Avant le traitement

Fig. 2
Après le traitement.

A ce moment la diminution de volume est considérable, le nez a repris sa forme normale, un épiderme jeune en recouvre presque toute l'extrémité; seul un espace grand comme un pois situé à l'extrême pointe est encore légèrement ulcéré. La muqueuse s'est reformée aux endroits détruits; elle est encore rouge, tuméfiée et saigne facilement.

Pendant tout le mois de juillet la malade est gardée en observation; la peau s'est complètement reformée, présentant à peine les caractères d'une cicatrice, des petits points qui paraissaient lupiques disparaissent à mesure que l'épiderme se fortifie.

Le 2 août la guérison superficielle paraît complète, mais la

est encore rouge, saignant facilement ; il est application dirigée à l'intérieur des narines avec is dure du n° 6-7 ; deux applications semblables is le 22 août et le 6 septembre.

(novembre 1905) la guérison paraît complète uqueuse et le résultat au point de vue esthétique être meilleur (Fig. 2). La malade a absorbé 14 séances, et ce traitement absolument indolue deux mois, sans que jamais nous ayons eu de radiodermite.

inutile d'insister sur la valeur du traitement dans un cas où aucune autre méthode n'aurait mblables résultats.

uérison n'est-elle pas définitive ? La région ne t pas de faire une nouvelle biopsie pour consta- su cicatriciel, il se pourrait que nous assistions mais nous sommes en droit de l'attendre sans nt en main un médicament dont l'effet est

SOCIÉTÉS

É MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

érale, le jeudi 2 novembre 1905, à l'Hôtel Beau-Rivage, Ouchy.

idence de M. de CÉRENVILLE, président.

hy devient de plus en plus le point culminant de la vie nisse romande. joie du cœur qui trouve autant d'amis haute satisfaction de l'intelligence devant le travail des nent de l'être physique qui apprécie le réconfort d'un médecins ont pris part à la séance, c'est presque la édical romand.

iverte après de cordiales poignées de mains et la colla- s offrons avec le franc central.

.Le prononce une courte allocution dans laquelle il mier lieu, les décès, au cours de l'année, de MM. les t *Camille Raymond*, à Genève, *Dumur*, à Chexbres, *enthonneur*, dans la Société vaudoise. — L'assemblée se leur mémoire.

un rapide aperçu des questions administratives en

les assurances fédérales d'abord et il rappelle que la Chambre olé, le 12 avril, une série de résolutions résumant les vœux suisses sur l'organisation et l'orientation des assurances. Il de la question de l'assurance militaire dans laquelle la com-cale n'a pas, jusqu'ici, réussi à faire prévaloir les vœux la Chambre médicale

s de la tuberculose, à Paris, a appelé une forte participation suisses et, spécialement, de médecins romands. Deux notre Société ont été invités par le Comité d'organisation à rapports généraux, MM. D'Espine et Roux ; d'autres ont vement aux travaux du Congrès.

enville rappelle l'honneur fait à M. le prof. Roux d'un appel re de chirurgie allemande et l'en félicite au nom de

is romandes ont renouvelé pour trois ans leurs délégations mand ; celui-ci a réélu ses délégués à la Commission médi-e son bureau.

M. Abelous, de Toulouse, Dr de Vega, de Buenos-Ayres et assistent à la séance.

AUTIER, caissier, donne connaissance à l'assemblée de l'état, t excellent, de nos finances.

rt, de Fribourg, dans un mémoire fort bien documenté, fait le la *méthode de traitement par hyperémie, dite de Bier*, incipes de cette méthode et fait part des résultats très satis-a obtenus par son emploi. (Paraîtra dans la *Revue*).

Il est incontestable que le traitement de Bier par ou stase veineuse provoquée soit au moyen de la ligature rtains cas, par l'application de ventouses, constitue un pro-sidérable, non seulement pour la thérapie des arthrites ou autres affections bacillaires chirurgicales, mais aussi l'arthrites aiguës ou subaiguës d'autre provenance, particu-rigine blennorragique et encore pour les phlegmons aigus .ture.

ent est facilement applicable dans les cas de tuberculose s extrémités. Il ne faudrait cependant pas se faire des illu-ficacité absolus du procédé dans tous les cas. Bier lui-même e les arthrites tuberculeuses du genou ne sont pas aussi t influencées par son traitement que les affections analogues poignet, du pied. Dans le rapport qu'il communiqua au national de Bruxelles, cet automne, il explique que, sur tuberculose du genou, il pratiqua la résection dans huit cas.

autres cas seulement, il tenta la cure par le procédé de la e et obtint deux succès avec conservation d'une certaine guérison avec ankylose et deux succès. A la main, au eut quinze bonnes guérisons sur dix-sept cas, huit sur onze it sur treize au pied.

Il y a quelques années, lors des toutes premières publications de Bier, j'avais mis son procédé à l'épreuve, précisément pour des tuberculoses du genou, ignorant alors que ces cas ne s'y prêtent pas des mieux. Les résultats furent insuffisants et, découragé, j'avais abandonné ces tentatives. Récemment, j'ai repris ces essais sur d'autres tuberculoses chirurgicales et j'en augure de bons succès. J'ai un cas de ténosynovite tuberculeuse grave des fléchisseurs des doigts, qui est en voie d'amélioration notable.

Je pense qu'il faut attribuer la moindre efficacité du traitement de Bier dans les arthrites tuberculeuses du genou à la circonstance qu'ici l'arthrite est plus souvent consécutive à un foyer ou infarct tuberculeux primaire de l'os (tibia, fémur, rotule) que d'origine purement synoviale. Or, la stase veineuse ne suffira guère pour amener la disparition d'un foyer caséux important, en voie de séquestration ; pour l'éliminer, une intervention chirurgicale sera généralement nécessaire. On peut, à mon avis, s'expliquer de la même manière, sinon tous, du moins un bon nombre des insuccès que l'on aura avec le procédé de Bier dans les cas de tuberculose d'autres articulations et où, par conséquent, il ne faudrait pas escompter d'une manière trop absolue le succès de ce traitement.

Quant à l'emploi de la stase veineuse pour le traitement des infections aiguës, chirurgicales, phlegmons, arthrites blennorragiques, etc., j'ai vu dans deux cas de phlegmon de l'avant-bras, une rétrocession rapide, surprenante des douleurs et de la virulence du processus qui fut comme coupée. Dans un cas d'arthrite blennorragique du poignet, j'obtins également une amélioration extrêmement rapide.

M. KRAFTT présente et fait circuler la « botte de Junod » qui était employée il y a un quart de siècle et faisait l'office d'une ventouse monstre.

M. MACHARD : La méthode de Bier m'a donné d'excellents résultats dans le traitement des plaies fongueuses avec trajets fistuleux, suite d'adénites tuberculeuses suppurées. Dans plusieurs cas, ces lésions traitées par les procédés habituels pendant de longues semaines sans progrès apparent, ont été cicatrisées rapidement après quelques séances de traitement par l'aspiration avec les appareils de Bier et de Klapp. Les cas d'adénite suppurée chez les enfants scrofuleux, qui sont très nombreux à la consultation du dispensaire de Genève, sont traités avec succès par l'aspiration.

Je n'ai pas l'expérience du traitement des phlegmons diffus étendus par la bande élastique, mais pour les phlegmons circonscrits et les furoncles, une petite incision et l'application de ventouses m'ont donné des résultats très satisfaisants.

Le traitement, par la méthode de Bier, des abcès ossifluents et des trajets fistuleux provenant d'un foyer tuberculeux osseux, me paraît donner des résultats encourageants, mais je ne l'applique pas depuis assez longtemps pour fournir une statistique de valeur.

M. E. DEMIÉVILLE : J'ai traité, il y a peu de jours, une arthrite blennorragique du poignet par la méthode de Bier. Il s'agissait d'un jeune homme traité, d'autre part, par la méthode abortive et qui vit se développer, le huitième jour, une inflammation phlegmoneuse de la région du poignet, de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras droits avec une impotence fonctionnelle absolue de l'articulation radio-carpienne. La peau était si tendue et la région articulaire si douloureuse, que je dis au malade qu'il allait se former très probablement un abcès ; la température atteignait 39°. Le second jour, après avoir vu s'aggraver encore l'état local, j'eus l'idée de prescrire la compression élastique à la région du coude ; le malade la supporta assez facilement pendant une heure et demie ; le lendemain, son état s'était tellement amélioré, que je ne pus lui faire accepter que difficilement une séance d'une demi-heure ; je n'eus pas l'occasion de lui appliquer plus d'un jour un appareil d'immobilisation et, le quatrième jour, je le trouvai écrivant dans son bureau.

Dans deux cas de synovite tuberculeuse du genou, je n'ai pas obtenu de résultat.

M. BERDEZ fait une communication intitulée : *Contribution à l'étude de l'action des rayons X* :

Il montre des préparations du sang de deux malades atteints de lencémie (lymphatique et myélogène) qui ont été traités par la radiothérapie. Ces deux nouveaux cas confirment les conclusions du dernier Congrès de Wiesbaden, savoir : 1° que la lencémie myélogène est influencée sous tous les rapports d'une façon certaine, favorable et rapide par les rayons X. Les myélocytes disparaissent presque complètement et le nombre des lencocytes à noyau polymorphe décroît parfois jusqu'au-dessous de la normale. La lencémie lymphatique ne retire pas toujours autant de bénéfice du traitement ; ordinairement, le taux de l'hémoglobine s'élève, la rate diminue ; tous les autres symptômes, oppression, tendance aux hémorragies, douleurs du bas-ventre, diarrhée, s'améliorent, mais les lymphocytes restent en énorme excès dans le sang ; 2° que le mot « guérison » prononcé par les premiers observateurs doit être remplacé, dans tous les cas bien étudiés et suffisamment suivis, par les mots « grande amélioration », car le nombre des corpuscules blancs peut s'abaisser d'une façon extraordinaire et, cependant, l'équilibre entre les diverses catégories de leucocytes n'est pas rétabli, leurs proportions restent interverties et l'on trouve encore des formes pathologiques. Quoiqu'il en soit, les rayons X sont devenus le meilleur remède des leucémies ; aucun des autres moyens employés jusqu'ici n'a donné des résultats aussi favorables.

M. Berdez relate diverses expériences faites dans le cours des deux dernières années d'après lesquelles on doit conclure à la production d'une toxine leucolytique dans le sang exposé aux rayons X.

Il présente ensuite des coupes de testicules de lapins qui ont subi, pendant deux cents minutes, l'action des rayons de Roentgen. Le revête-

nalicules spermatiques est réduit à un épithélium et plus trace de spermatogénèse. La lumière de ces canaux est remplie par un détritus granuleux complètement anhisto-

et peut facilement être obtenu chez l'homme. Deux fois, nous avons eu recours à ce procédé de stérilisation. La découverte de cette action des rayons de Röntgen a aussi jeté l'alarme parmi les auteurs d'entre eux ont constaté qu'ils avaient été des éléments reproducteurs et, cela, de la façon la plus insistante. *Stia coeundi* est intégralement conservée. Des recherches des fabricants d'ampoules ont abouti aux mêmes conclusions. Les fabricants des ampoules devront donc redoubler de recommandation s'adresse aussi bien aux femmes qu'aux hommes. L'ovulation, comme la spermatogénèse, peut sombrer sous les rayons.

Au cours de l'occasion de traiter un seul cas de leucémie, je me suis formé un jugement personnel sur la valeur thérapeutique des rayons X dans cette maladie. Je me borne à relever les résultats obtenus, dans les maladies parasitaires (microsporidie, etc.), dans le cuir chevelu. Ces résultats sont excellents, et — pour le malade et pour le médecin — non dou lou- aucun danger quelconque pour le malade, pourvu qu'on emploie les méthodes, malheureusement empiriques, de mesure des rayons X administrés, dans un temps donné et à une dose quelconque. Telles sont les pastilles de Sabou- de Holzknecht. Grâce à cette méthode thérapeutique, auxquels l'épilation joue un rôle important (mais non séjourner des mois, des années même, dans nos ser- it que quelques jours, quelques heures même ! Effecti- oncer, après l'administration de la quantité d'H néces- aire, l'épilation spontanée pour un jour déterminé ; essionité, pendant cette période, d'hospitaliser le malade. it des épithéliomes par la radiothérapie, il y a lieu de différences suivant le caractère histologique de ces tumeurs, certaines d'entre elles étant améliorées, guéries par le traitement, d'autres lui demeurant absolument réfractaires.

Les radiochronomètres dont vient de parler M. Dind, ne peuvent servir que pour les maladies cutanées. Dans les applications de mon travail, il faut avoir recours à d'autres appa- reils que ceux de Walter ou de Benoist.

Sur l'ancien adage qui veut que « le prostatique meure de prostatectomie », surtout la prostatectomie sus-pubienne, j'ai dit des choses inespérées et doit redonner à chacun le courage de faire une brillante étude (voir p. 737), l'orateur explique la situation ; une chaîne de prostates enlevées illustre la dé-

MAUEN expose quelques considérations sur le *traitement du pied squin congénital*. La présentation de nombreux moulages et de bébés guéris prouvent à chacun le consciencieux effort et les succès obtenus par l'orateur (voir p. 768).

E. QUERVAIN (de La Chaux de Fonds) communique le résultat de ses recherches concernant *l'influence de l'alcoolisme sur la glande thyroïde*. Il avait été frappé, au cours de ses recherches sur la participation de la thyroïde aux diverses affections infectieuses, de la constance avec laquelle on trouve des altérations histologiques, non seulement dans les affections infectieuses, mais également dans les thyroïdes de sujets alcooliques. Dans plusieurs cas, la maladie, ayant débouté, était bien une affection infectieuse, notamment une pneumonie. On aurait donc pu attribuer à cette dernière les lésions thyroïdiennes en question. Dans huit observations, cependant, l'alcoolisme seul était invoqué pour en fournir l'explication. Chez les sujets alcooliques non alcooliques d'autre part, la thyroïde s'est toujours trouvée normale ou peu altérée. Le rôle de l'alcoolisme paraît donc être important dans la genèse de ces lésions. Celles-ci se caractérisent par la destruction et la disparition finale de la substance colloïde, accompagnée d'une diminution de sa colorabilité, par une forte desquamation des cellules thyroïdiennes et, enfin, par une hyperémie très intense. L'analyse chimique démontre une diminution de la teneur en iode.

Quervain renonce, pour le moment, à tirer des conclusions sur la nature des troubles fonctionnels thyroïdiens produits par l'alcoolisme, bien que le syndrome de l'alcoolisme chronique, tout comme l'ivresse alcoolique aiguë, renferme certains traits pouvant être attribués à un fonctionnement insuffisant ou anormal de l'organisme. Il rappelle, toutefois, l'intérêt de ces recherches pour l'étude de l'étiologie du myxœdème infantile spontané, attribué depuis longtemps, dans certains cas, à l'alcoolisme des parents. Si les notions actuelles, jusqu'à présent, obligeaient de recourir pour ces cas à l'hypothèse d'une dégénérescence des cellules génératrices, c'est-à-dire à une altération fonctionnelle, les résultats de ces recherches nouvelles permettraient également, en cas d'alcoolisme de la mère, une altération de la thyroïde du fœtus par l'intermédiaire de la circulation placentaire. (Voir *Semaine médicale*, 1^{er} novembre 1905).

Quervain parle de cas dans lesquels il est parvenu à *provoquer l'accouchement par la suggestion hypnotique* (voir p. 744). Il estime que le terme « accouchement » devrait être banni de l'obstétrique et que les femmes, souffriraient plus ; le terme de « contraction » fournissant la notion d'un phénomène naturel, éviterait bien des craintes et bien

Après moins de cent minutes, ce beau programme était terminé et, à la fin de sa chaise, chacun se trouva devant son couvert servi. Le dîner fut cordial et gai, comme d'habitude.

tant de la Société valaisanne, Vorort en 1903, mais aussi bien tourné que bien pensé, il a dit le sucré, leur utilité, en particulier pour le médecin en centre médical, puis a parlé des inconvénients de la médecine, cette multitude de médicaments nourriments et lancés avec une réclame effrénée et ce chapitre soumis à une critique sérieuse et des compétences; ainsi, le praticien serait ren- et l'on couperait bientôt les ailes à un mercan- sant et indigne de la profession médicale.

a salué la phalange neuchâteloise, particulière- née.

re des trains approchant, la salle s'est vidée pour hôtes et à d'autres régimes,

Le Secrétaire, Dr Ch. KRAFFT.

TÉ MÉDICALE DE GENÈVE

28 mai 1905, à l'Hôpital cantonal.

ence de M. GAUTIER, président.

la Société des Eaux d'Evian d'avoir invité le médicale à assister à la réception des médecins

malade qui, condamné pour avoir tiré sur sa stral, doit néanmoins être considéré comme un tes.

de deux cas de brûlures étendues, traitées et ne de solution physiologique très chaude, à 50°.

de volumineuse tumeur fibro-lipomateuse pesant se d'une femme de 48 ans (sera publié)

oute un malade atteint d'anévrismes bilatéraux es, opéré par le prof. Gustave Julliard (sera

me qu'on pourrait faire suivre à ce malade un

n homme qui présente deux petites gibbosités itisme de la colonne vertébrale, survenu il y a là, il n'y avait pas trace de fracture, ni de gib- r que ce sont trois apophyses épineuses qui sont décrite surtout par Kummel, qui semble être ici s des vertèbres.

M. MAILLART : Quel est le pronostic de ces cas ?

M. GIRARD : Il n'est pas mauvais. L'affaissement des vertèbres s'arrête.

M. PATRY a vu le malade, de suite après l'accident, dans son lit. Il présentait une incontinence de matières. On se demande si l'idée de fracture peut être tout à fait éliminée.

M. BARD cite le cas d'un chirurgien qui avait subi un traumatisme de la colonne vertébrale. Sept ans après, il mourut d'une maladie de cœur et, à l'autopsie, on trouva une fracture non consolidée de la colonne lombaire.

M. GIRARD présente une jeune fille qui se tient voûtée, la tête dans les épaules, ne pouvant pas se redresser sans de violentes douleurs. On peut penser à un mal de Pott cervical, mais, à un examen plus approfondi, M. Girard pense qu'il s'agit d'un cas de *spondylite déformante de Bechterew*. Comme traitement : repos complet et régime fortifiant.

M. GAUTIER connaît depuis douze ans cette malade qui a présenté de nombreux accidents de nature purement névropathique (contracture des mains, etc.). Il a essayé de la traiter par la psychothérapie. Il se demande si on ne pourrait pas essayer, chez elle, une narcose psychothérapique.

M. GIRARD avait pensé à une affection névropathique, mais estime qu'il ne faudrait pas trop attacher d'importance à ce diagnostic.

M. Aug. REVERDIN montre une malade opérée en 1895, pour *bec de lièvre*. Le résultat obtenu est tout à fait remarquable, surtout depuis qu'on a fait à la malade un appareil de prothèse.

M. D'ESPINE présente une petite fille de six mois et demi, atteinte d'une *hydrocéphalie* considérable qui s'est produite progressivement et continue à augmenter considérablement malgré un traitement par les frictions hydrargyriques. Le volume considérable de cette hydrocéphalie doit faire admettre, semble-t-il, une origine congénitale latente, qui s'est révélée un mois après la naissance ; mais ici le doute est permis, car les parents, âgés de 22 ans tous les deux et mariés depuis trois ans, ont l'air en très bonne santé ; ils ont un enfant de 20 mois, bien portant.

La petite malade, présentée aujourd'hui, est née à terme, bien conformationnée. Elle a été, soi-disant, nourrie au sein pendant trois mois, mais a eu pendant ce temps de la diarrhée verte. Ensuite, elle a été nourrie au lait de vache. La maladie paraît remonter à l'âge d'un mois, époque à laquelle l'enfant a eu des attaques de convulsions tétaniformes. A un mois et demi, elle présentait une contracture permanente des quatre membres en flexion, d'après le dire des médecins qui l'ont vue à ce moment (MM. Bourdillon, Audeoud, Tissot). Le volume du crâne, qui était déjà anormal à cette époque, a augmenté depuis lors progressivement. Le regard est devenu fixe par moment et la mère avait l'impression que l'enfant ne voyait pas. Elle est entrée à l'Hôpital cantonal le 12 avril 1905 et a présenté, à ce moment, une éruption de rubéole avec fièvre légère qui a disparu au bout de trois jours, sans aggraver l'état de l'enfant.

lé à cette date une tête énorme, en forme de pyra surmontée d'une face petite et rabougrie. Circon- n. Les pupilles sont à la hauteur du bord de la fontanelles sont largement ouvertes et bombées, ns endroits, comme une fluctuation profonde. La des membres existe encore. On constate aux Babinsky ; les réflexes patellaires sont exagérés. s le tremblement épileptofde. La tête mesure ac- rconférence¹.

e une rate énorme du poids de 2 kilos 900, pro- rée (sera publié).

n rein tuberculeux enlevé à une jeune fille qui manifestations bacillaires. On avait diagnostiqué n par la séparation des urines.

te malade avait été traitée pendant dix ans par chronique.

une malade qu'on lui avait envoyée pour des énie. Il constata une tumeur localisée dans le , diagnostics furent posés (affection splénique,) et l'on décida une laparotomie exploratrice. La s être un cancer de l'estomac. Le malade mourut dant la journée, malgré la fermeture rapide de la ostic provient soit du déplacement de l'estomac pigaste était souple et indolore), soit de l'ab- estifs. Il faut aussi remarquer l'intensité du shock nple laparotomie exploratrice qui n'avait pas duré ique de résistance est le fait du cancer lui-même on ne pouvait le supposer, miné l'état général. rouve que les opérations exploratrices ne sont i veut bien le dire.

Le Secrétaire, Dr F. Guyot.

Séance du 11 octobre 1905

ence de M. GAUTIER, président.

la mémoire du regretté Dr Suchard, décédé dans vite l'assemblée à se lever en signe de deuil.

, travail sur les loupes binoculaires de Berger et

é le 17 juin ; la tête avait encore, à ce moment, . L'autopsie a révélé la présence d'une hydrocé- it interne avec amincissement considérable du et du corps calleux. L'existence de l'hydrocéphalie en faveur d'une hydrocéphalie acquise.

présente plusieurs modèles de ces lunettes, ainsi que la nouvelle loupe composée (monoculaire) bien connue.

Il se sert, depuis cinq ans, des lunettes, avec un effort minimum et d'excellentes images agrandies et, peut les recommander pour tous les cas, surtout aux personnes jouissant journalier de ces loupes, soit pour les lésions, soit pour l'examen des parties, pour poser des diagnostics très précis et, permettent de localiser chaque lésion avec une exactitude que ne donnent pas les autres appareils grossissants. Les lunettes de Berger ont sur eux l'avantage de la simplicité de mise au point, de l'étendue du marché.

M. H. Audeoud montre un *lombr* pendant son sommeil et rapporte, à la littérature, de migration insolite : les lombrics sont sortis par l'oreille en (tympa perforé), par l'angle interne dans le larynx et la trachée en provient, dans les voies pancréatiques les lombrics ne pourraient perforer les intestins si ceux-ci sont préalablement altérés. On connaît des fistules vermineuses voisines de l'oreille. Il existe des cas où une lombricose

M. MAILLART demande si l'appendicite est le séjour des lombrics.

M. HUGUENIN dit qu'il n'est pas rare de trouver des lombrics à l'autopsie, sans que leur présence ait des symptômes particuliers.

M. HALTENHOFF croit qu'il est impossible de trouver des lombrics dans le canal nasal.

M. Audeoud explique que le lombrisme est, qu'en tout cas, il s'agit de l'usage des canaux plus petits que leur

M. J.-L. REVERDIN cite le fait de l'usage des canaux plus petits que leur

M. MAILLART présente une sonde à l'usage de laver le gros intestin jusqu'à l'anus. Cette sonde peut avoir une grande utilité dans la constipation des pays chauds avec ulcères.

M. Ch. JULLIARD décrit, à ce propos, un appareil qui permet d'obtenir une irrigation continue.

une vésicule biliaire épaissie, remplie de
ns ; le diagnostic de l'affection n'avait pas
re.

Le vice-secrétaire, Dr Ch. JULLIARD.

bre 1903, à l'Hôpital Cantonal

e M. GAUTIER, président

é pour pied bot varus équin congénital in-
il y a 18 mois. Excellent résultat maintenu,
on était celle de Jalaguer soit tarsecto-
l'enfant fut opéré le 9 mars 1904, mobi-
archait seul. Dans ce cas un traitement
able. L'enfant a porté pendant six mois
Venel, qui ont beaucoup contribué à la
ie du tibia et du péroné.

t de pied bot varus équin congénital double
r le massage, la mobilisation et le sabot
une était très peu prononcé. L'enfant a été
sculature des jambes est bien développée.

de coxalgie tuberculeuse gauche fébrile,
cès confluent. Il marche et court sans
ent appréciable ; la flexion presque com-
i aussi. Très peu d'ankylose. Traitement
edressement sous narcose à l'éther, immo-
par un plâtre et dix-sept mois par un
disparu après deux ponctions et injection
ent général : huile de foie de morue et
tylate de soude ; hygiène : air et soleil.
ix ans : 2 kg. 800 gr. Séjour à Cannes
a facilité la convalescence.

que les tuberculoses des grandes articula-
mer seulement quand le processus local
guéri. Il existe plusieurs cas d'aggrava-
r.

distinguer entre les bains de mer et le
remiers pouvant avoir des inconvénients

ne les muscles de la jambe de l'enfant dont
assage sont en meilleur état que ceux de

celui qui a été opéré. Il ne faut pas se laisser prolonger.

M. MARTIN présente une fillette atteinte chez laquelle un reste de tibia fait saillie et proémine de 5 cm. environ.

M. DUBOIS montre un cas de *mycosis fungoides* envahissant la face antérieure de la cuisse droite. C'est à 3 ans qu'a débuté l'affection par prurigineuse, puis à l'âge de 10 ans se sont formées, de la dimension de petites pommes, des plaques infiltrées. L'état général du malade : amaigrissement, anémie et insuffisance affaiblissants. Le 26 mai 1905 on commença les rayons X. Il a été fait 54 applications de doses variables de 5-7 H, suivant l'état du malade. La peau : Les tumeurs ont disparu ainsi que le prurit. La guérison assez forte de la région.

M. GIRARD a vu autrefois un cas de *mycosis fungoides* tout l'abdomen d'une femme de 56 ans et opérée.

M. OLTRAMARE dit que, quand le diagnostic est douteux, le traitement radiographique. La guérison des ganglions leucémiques.

M. GAUTIER cite un cas publié dans le *Journal de l'Association française pour l'étude du cancer* splénique guéri par les rayons X.

M. HALTENHOFF présente une femme atteinte depuis deux ans avec diminution de la vue et albuminurie. Les troubles allèrent en s'aggravant, la vision s'est rétablie spontanément. On trouve encore un peu de dégénérescence graisseuse, le reste est bonne.

M. BARD parle :

1° d'un homme atteint de cancer de l'estomac déjà présenté devant la Société et qui a été essayé, comme moyen de diagnostic, l'iodoforme. Chose curieuse chez ce malade, on n'observa pas de l'iodoforme dans les urines et la salive, mais les urines furent colorées en bleu intense, ce qui indique l'existence de la fistule.

2° il montre la radiographie d'un anévrisme de l'aorte par des troubles de la voix et des douleurs dans le cou. On remarque une grosse tumeur très visible dans la région du cou. On peut s'expliquer cela par la présence de nodules.

3° il présente une malade atteinte de ré-

est très facile à diagnostiquer, caractérisée par un grand espace intercostal gauche et un souffle stridant à la cloison.

d'un *cancreoïde* de la région oculaire, datant de dix ans le globe oculaire.

chez qui une *fracture de la rotule* en cinq jours guérit par une suture au catgut.

une *tumeur du cœcum* traitée en deux temps par l'aspiration de la tumeur.

caractérisée d'une *épithélioma du sein* traitée avec

la *main* guéri très rapidement par la méthode de M. Julliard (pendant douze heures). En un jour, on voit disparaître la diminution de l'inflammation.

et ce sujet un cas d'*adénite tuberculeuse de l'ovaire* traitée avec un bon résultat par l'aspiration.

Le vice-secrétaire, Dr Charles JULLIARD.

BIBLIOGRAPHIE

sur le traitement de l'asphyxie dans le cours d'une opération de l'aspiration intra-trachéo-bronchique ; *Lyon médical*, 1903, 303.

présenté à la Société de chirurgie de Lyon le fait suivi par le vice de M. Vallas :

cas de tumeur du maxillaire supérieur traitée par l'aspiration de la tumeur avec anesthésie par l'éther ;

dans le cours de l'opération, les battements du cœur ne sont plus perceptibles ; trachéotomie, respiration artificielle, tractions

sans résultat. M. Lartaguet introduit alors un tube de caoutchouc de 40 cm. dans l'arbre trachéo-bronchique jusqu'à

une seringue à hydrocèle avec laquelle il pratique l'aspiration du piston, préalablement poussé à fond ; cette

d'effort, ce qui prouve qu'elle se fait bien ; le malade se réveille et il ramène un caillot de sang.

de nouvelles aspirations faites profondément, on voit disparaître la phase expiratoire de la respiration artificielle qui

se réveille ; après cinq à six aspirations, le malade se réveille et les symptômes d'asphyxie dis-

paraissent. Le malade n'avait pas pressé quatre jours après ce traitement.

S. GRIGOROFF. — Contribution à la pathologie de l'appendicite, in-8°, de 112 p. *Thèse de Genève*, 1904.

Ce travail, fait au laboratoire de bactériologie de l'Université de Genève, dirigé par M. le prof. Masson, est une thèse faite plus spécialement au point de vue bactériologique et possède un très riche index bibliographique.

L'auteur débute par quelques considérations générales sur l'appendicite et sur les théories proposées pour son étiologie, en particulier, celle du vase clos. Il expose ensuite les recherches bactériologiques relatives à l'appendicite, celles de Veillon et Zuber qui, les premières, ont démontré que dans le pus appendiculaire, il y a une flore bactérienne spéciale, à procédés proposés pour l'étude de ces motifs qui lui ont fait adopter celui de Veillon.

M. Grigoroff expose ensuite ses propres recherches techniques d'une façon très détaillée ; et sur les cultures pathologiques, la plupart opérées à froid (sur agar et sur gélose) et sur dix-huit appendices non opérés, il conclut à la conviction que les anaérobies stricts, et en particulier, les bacilles du groupe *Clostridium*, jouent un rôle prépondérant dans la pathologie de l'appendicite. Les organismes ne se rencontrent, en effet, qu'en petite quantité dans l'appendice sain, ils sont très abondants dans l'appendice pathologique. Dans l'appendice sain, ils sont représentés par le *coli* et le *pus* de l'appendice pathologique, la flore bactérienne habituelle de l'intestin, est très abondante et, en moindre quantité, que ce dernier n'a pas été trouvé dans l'appendice sain. Le *coli* y est très peu abondant. Ajoutons à répétition, l'auteur n'a trouvé qu'un processus phagocytaire dans l'appendice sain.

M. Grigoroff, se fondant sur les résultats de ses recherches, conclut qu'il existe probablement une relation entre le *coli* et du *Bacillus lactis aerogenes* et les anaérobies stricts constatés dans les appendicites ; il développe que dans un milieu nettement anaérobie, le *coli* correspond donc à l'augmentation du nombre de ces bactéries. Ce résultat résulte de la diminution du nombre de bactéries qui attaquent les hydrates de carbone avec le *coli*. L'anaérobiose ainsi développée est composée de la putréfaction dont beaucoup sont pourvues par symbiose un processus

un phénomène de putréfaction accompagne de
 alisé au cul-de-sac appendiculaire par le fait de

« lui paraissent venir à l'appui de cette ingé-
 si que l'appendicite est surtout fréquente parmi
 omment beaucoup de viandes et des viandes mal
 putréfaction intestinale, tandis que la maladie
 , et dans les communautés religieuses où le ré-
 lominant ; chez les paysans de Roumanie, qui ne
 : de viande, l'appendicite est à peu près inconnue ;
 les campagnes bulgares où on ne se nourrit guère
 t aigre ; peut être faut-il voir dans ce dernier, qui
 ducteur énergétique d'acide lactique, un obstacle à
 nité intestinale, si favorable au développement
 l en soit, la consciencieuse étude de M. Grigoroff
 e contribution à l'étude de l'appendicite et appel-
 ches, car elle pose des questions qui intéressent
 riologistes, mais aussi tous les praticiens.

C. P.

La limite de la déterminabilité microchimique du
 le lait et le sang ; broch. in-8° de 35 p. avec 3 pl.
 903.

fondé sur des recherches chimiques très minutieu-
 réte pas à l'analyse et doit être lu dans l'original ;
 auteur, résumant les travaux de ses prédécesseurs,
 ximale jusqu'ici obtenue dans la recherche micro-
 paraissant avoir été celle de Wolff et Nega qui
 1,000,000 et que de l'ensemble des résultats aux-
 ille peut tirer les conclusions suivantes :

la méthode dont je me suis servie pour établir la
 ilité microchimique du mercure dans l'urine, le
 considérablement les méthodes employées pour la
 n général.

cette méthode sur 1 litre de matériel je suis arrivée
de Hg dans l'urine, soit 1 à 90,000,000 ; 0 mg
soit 1 à 110,000,000 ; 0 mg 0111 de Hg dans le
 10.

uvent être considérées au point de vue pratique
 le déterminabilité microchimique du mercure dans
 onnés plus haut. »

C. P.



VARIÉTÉS

ROLOGIE. — Le prof. DE KOELLIKER. — La science vient de faire une perte considérable en la personne d'Albert-Rodolphe de Koelliker, de Würzburg le 2 novembre dernier à 88 ans. Il était né le 6 juillet 1817 à Zurich où il fut nommé en 1845 professeur de physiologie et de médecine comparée; il fut appelé en 1847 à la même chaire, à l'université de Würzburg; c'est là qu'il s'est rendu célèbre par de nombreux travaux sur l'histologie et l'embryologie; ses éléments d'histologie, en de nombreuses éditions et ont été traduits en français, ont été pendant longtemps le manuel classique des étudiants en médecine. Nous nous inclinons au deuil provoqué dans le monde savant, à l'étranger comme en France, par la mort de notre illustre compatriote.

SECOURS DES MÉDECINS SUISSES. — Dons reçus en septembre 1905.

Reçus. — Dr E. Baumann, fr. 20, (20+780=800).

— Dr M. Neukomm, fr. 20; O. Fricker, fr. 10, (30+1000=1030).

— Dr Krähnenmann, fr. 15, (15+485=500).

— Dr F. Mercanton, fr. 10; A. Vogelsang, fr. 10; E. Zbinden, (25+495=520).

— Dr E. Meyer, fr. 10; F. Ris, fr. 10; Bernheim-Karrer, fr. 10; J. J. Merz, fr. 20, (50+1035=1085).

Montant fr. 140. — Dons précédents de 1905, fr. 9854.10

fr. 9994.10.

1^{er} Octobre 1905.

*Le Caissier: Dr P. VON DER MÜLLER
Aeschengraben, 20*

reçus et Octobre 1905.

— Dr Miéville, fr. 10, (10+1030=1040).

— Dr A. Blattmann, fr. 20, (20+1105=1125).

Montant fr. 30. Dons précédents de 1905 fr. 9994.10. Total fr. 10024.10.

1^{er} Novembre 1905.

*Le Caissier, Dr P. VON DER MÜLLER
Aeschengraben, 20*

TRAVAUX REÇUS. — CH.-P. NOBLE. — Some of the most unusual cases of movable kidney; 10 p. in-8°, ext. du *New-York med. Journ.* et du *Phila med. Journ.*, 20 fév. 1904. — The treatment of fibroid tumours of the uterus, 8 p. in-8°, ext. du *Journ. of the amer. med. Assoc.* 21 mai 1904. — Personal experience in operations upon diabetic patients; 5 p. in-8°, *l'American medicine*, 26 sept. 1903. — Report on a case of the removal of a fibromyoma of the uterus by an adenocarcinoma, which neoplasia had assumed the appearance of a squamous cell carcinoma; 10 p. in-8° avec une planche, ext. de *l'Amer. Journ. of obstetrics and gynecology*, 1904, n° 3. — Observations upon intestinal and liver surgery in the German clinics; 13 p. in-8°. *International Clinic*, avril 1904.

TRAVAUX REÇUS. — MA et BERTOLOTTI. — Sopra alcuni riflessi ossei degli arti in condizioni normali et patologiche; 10 p. in-8° ext. du *Giorn della medicina di Torino*, anno LVII, fasc. 41 et 42, Turin 1905.

REVUE MÉDICALE

DE LA SUISSE ROMANDE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hyperhémie en thérapeutique (Méthode)

par le Dr G. CLÉMENT (de Fribourg)

Communication à la Société médicale de la Suisse romande

le 2 novembre 1905

Parmi les méthodes, souvent ingénieuses et prof. Bier, de Bonn, a introduites en chirurgie qui lui tient particulièrement à cœur¹ et qui mieux connue et plus largement utilisée. En d'intérêt théorique, elle présente en effet l'avantage portée de chaque médecin, de s'appliquer à un de cas de la pratique journalière, d'être aussi peu mutilante que possible et de fournir en résultats satisfaisants, parfois de vrais et rapides succès.

¹ Indépendamment de son œuvre capitale (*Hyperämie*, Leipzig 1903) et des travaux nombreux qu'il a inspirés (Joseph, Hoffmann, Keppler, etc.), Bier a publié sur ces questions : *Verfahren der konservativen Behandlung von Gelenktuberkulose*, d. deutsch. Ges. für Chirurgie, 1892. — *Behandlungen der Tuberkulose der Gliedmassen mit Stauungshyperämie*, v. Esch, 1893. — *Weitere Mitteilungen über die Behandlung der Tuberkulose mit Stauungshyperämie*, Verhandl. d. deutsch. Ges. für Chirurgie, 1894. — *Behandlung der Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie*, Klin. Woch., 1895. — *Heilwirkung der Hyperämie*, Münch. med. Woch., 1897, n° 32. — *Ueber verschiedene Methoden, künstlich erzeugte Hyperämien hervorzurufen*, Münch. med. Woch., 1902, n° 1. — *Ueber praktische Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien*, Gegenwart, fév. 1902. — *Ueber den Einfluss künstlich erzeugter Hyperämien auf das Gehirn und künstlich erhöhten Hirndrucks auf Epilepsie*, Mitteil. aus den Klin. Woch., 1900, Bd VII, 2 et 3. — *Article « Hyperämie » de l'Encyclopédie de Quervain*. — *Depuis la publication de « Hyperämie »*, Ueber einige Verbesserungen hyperämiesierender Apparate, Münch. med. Woch., 1904, n° 5. — *Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie*, Münch. med. Woch., 1905, n° 5 et 6. — *Das Verhältniss der Hyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten*, Archiv. f. klin. Med., 1905, 77. H. 1.

Bier, les médecins n'ont-ils pas su éviter une grave erreur dans certains phénomènes, comme la fièvre et l'hyperhémie, non des réactions salutaires, mais la simple manifestation de l'état morbide et ils les ont systématiquement combattues alors qu'il eût fallu les respecter et peut-être les favoriser à une certaine mesure.

Quand il met ainsi en relief les « défenses naturelles du vivant », Bier trouve de nos jours l'opinion toute préparée. La chirurgie même domine, aussi bien dans le traitement des plaies et traumatismes que dans les interventions sur le système nerveux, le souci toujours plus scrupuleux des résistances du malade à ménager. Pour la fièvre, il y a longtemps qu'on a fait justice des exagérations de ceux qui, ne jugeant que par le thermomètre, empoisonnaient le malade avec tous les antipyrétiques. Le réclame fait éclore chaque jour, pour le ramener, à la vie, aux températures officielles. C'est au point de vue de l'hyperhémie que les réflexions de Bier sont plus neuves et originales.

Certes, on employait avant lui des moyens hyperhémiques : les antiques cataplasmes, momentanément expulsés sous la vessie, la glace et des doctrines antiphlogistiques officielles avaient tranquillement laissé passer l'orage ; les médecins employaient sur eux-mêmes, s'ils n'osaient pas les proposer ouvertement à leurs clients. Puis, timidement, on se hasarda à plaider scientifiquement leur cause, mais en leur cherchant des circonstances atténuantes : ils compensaient leurs mauvais effets congestifs par de mystérieuses propriétés décongestionnantes et, s'il était avéré qu'ils appelaient le sang à la surface, on ne pouvait être qu'en décongestionnant les parties profondes où siégeait le mal. L'explication étant trouvée et le succès obtenu, sauf, les onctueux cataplasmes, aimés des malades, purent dès lors être tolérés en thérapeutique.

Or, c'est contre ce principe même, qu'on avait cru sauter l'ingénieuse interprétation de « la décongestion à distance » que Bier s'insurge. Si le cataplasme agit favorablement sur les inflammations, c'est précisément *parce qu'il congestionne* quoiqu'il congestionne ; peut-être même serait-il plus efficace si son action hyperhémisante était plus franche et si, au lieu de comprimer, il n'entravait légèrement la circulation dans les parties profondes.

Le rôle prépondérant de l'hyperhémie dans tous les

mènes d'accroissement, de régences nocives mécaniques ou de constatation banale, mais, salutaire, on se bornait volontiers à l'amélioration de la circulation, dans ces actes vitaux d'ouverture utilise non seulement l'air, souvent qu'on ne se l'imagine, l'oxygène. Et en réalité on trouve des troubles fonctionnels et pathologiques, tantôt ischémiques, tantôt hyperhémiques, avec prédominance de formes de l'hyperhémie : l'hyperhémie active ou veineuse, l'hyperhémie passive ou veineuse. Ces troubles ne sont pas identiques, cela s'impose à l'observation, mais, en fait, non seulement les deux sangs (artériel et veineux) ont la même composition chimique, leur tension osmotique, leur alcalinité, mais, les globules qui conservent intactes leurs propriétés, n'entrent pas en échange gazeux, n'entrent pas en contact avec les terrains qu'ils traversent, le lent écoulement du sang veineux permet à l'oxygène de se diffuser le long des parois vasculaires, de s'insinuer ainsi jusque dans les tissus, desquels ils se mêlent. Aussi, la circulation active, qui accompagne l'activité ou la succion, ne semble utiliser de préférence que la circulation active, s'agit d'édifier de nouveaux tissus et c'est en réalité cette forme de circulation, sans que nous puissions expliquer la mystérieuse excitation à la circulation sanguine au voisinage d'un foyer d'activité, nous voulons, en thérapeutique, imiter la circulation active, pas aveuglément à « favoriser la circulation », mais nous prescrivait jusqu'ici, mais nous ne savions pas que la congestion active ou la congestion active.

En étudiant les effets de ces troubles, nous avons eu le bon esprit de ne pas s'écarter de la mécanique ; il a laissé les savants chercher à tour soit les enzymes que dég

ont d'attaque¹, soit la stase, qui retient au
obes les poisons stupéfiants qu'ils sécrètent
ssent par succomber eux-mêmes², soit l'alca-
i richesse en acide carbonique (Hamburger³),
la prolifération du tissu conjonctif, qui étouffe
psulant (Cornet). Estimant sans doute que
lation est suffisante dans son système, Bier
lidariser avec ces hypothèses trop exclusives
partager les fluctuations de vogue ou de dis-

'hyperhémie active, les moyens ne font pas
mment des sections expérimentales des nerfs
ie doivent pas sortir des laboratoires, et de
hémie artérielle qui succède, dans les opéra-
ent de la bande d'Esmarch, nous avons à notre
té musculaire, les mouvements et toutes les
ons mécaniques : frictions, massage, électri-
idé le plus usuel et le plus puissant est la
sous forme de compresses, de cataplasmes,
ations de boues minérales ou de sable chaud,
que, d'insolation peut-être suivant la méthode
ote Bernhard, de Samaden. Ces moyens ne
ment hyperhémiant; il s'y ajoute, pour la
n degré de compression et, pour l'eau chaude
e irritation légère des téguments. Seul l'air
r mieux dire surchauffé — à plus de 100°,
une hyperhémie artérielle pure et dont on
ertain point régler l'intensité.

air chaud, simples boîtes de formes variées et
er, recevant par une cheminée la chaleur sè-
une lampe à alcool, une flamme de gaz ou un
, ont été imaginés par Bier, mais imités et mo-
façons, de sorte qu'en Allemagne on les attri-
à Tallermann. Ce traitement (séances de une

die natürlichen Hilfskräfte des Organismus, etc...
A., 1894. — Natürliche Schutzvorrichtungen, et : Zur
lichen Immunität, *Ibid.*, 1899. (cité par Bier.)

Bier)

er den Einfluss von Kohlensäure, bezw. von Alkali, etc...
cksichtigung von venöser Stauung und Entzündung,
— Ueber den Einfluss von venöser Stauung und Koh-
gocytose, *Ibid.*

ne
rhu
atic
que
ate
sité
que
n'a
verp
ni
exp
que
s e
hau
tée
: qu
t en
-jac

siiv
rhéi
u se
me
uré
e pl
dor
nat
pas
cul

s l'a
rien
-itte
Er
Hyy

pr d
'chi
' J.
ont o
Cité
reu
ano)
für
pro
, bar

favoriser la production
tion retardée ! Cette mé
usqu'à ce que Nicolado
me but vers 1875 et qu
ns en l'utilisant pour

pour produire l'hyperhé
Ici encore Bier n'a rien i
ais il en a montré une
Il a remis en honneur le
t eu leur heure de céléb
guère qu'un souvenir
des boîtes en forme de b
t emprisonner des mem
s pompes, il raréfiait ou
attachait surtout aux eff
aient en somme de volur
té honorée d'un nom s
e : l'hémospasie (de *αἷμ*
oujours sous l'influence

ne congestionnait que
ailleurs ; en attirant éner
se proposait de soulager
ait de provoquer ainsi un
agère, qui détournât le
ter l'inconvénient de le
s. Bier emploie des disj
diamétralement opposé :
membre où siège le mal.
s appareils primitifs ; il
emps que l'hyperhémie
les articulations.

plus tard — spécialement
à nuque, où la bande éli
ouses plus petites const
refoulement, surmonté
u utilise déjà depuis le
s dimensions suivant les
ces appareils de suction

g versteifter in Streckung !
Münch, med. Woch., 1905,

artérielle ou veineuse selon que le v. est complet, mais elle est surtout veineuse et on doit dire que l'aspiration ne doit pas être faite de façon à amener des ecchymoses dans les tissus.

L'hyperhémie provoquée par l'une ou l'autre agit à la fois comme sédatif, comme évacuant, comme dissolvant et, à un faible degré, comme agent de la nutrition.

C'est l'action *sédative* de l'hyperhémie qui est la plus nette, la plus facile à constater et la plus facile à expliquer avec les idées courantes. N'est-on pas parvenu à expliquer l'afflux sanguin dans les inflammations, les douleurs qu'accuse le malade? Des faits qui paraissent à un tel point solidaires, qu'on ne peut expliquer les faits cliniques, la théorie de l'hyperhémie, cet ingénieux système de compensation, cet appel énergique du sang à la surface pour calmer les parties voisines. Bier s'élève au-dessus de cette formule, qui nous avait jusqu'ici satisfaite, et cherche une base et de justification à de nombreux faits. Il a constaté que l'hyperhémie artificiellement s'étend à une plus grande étendue que la figure en général, il affirme hardiment que les révulsifs, les applications de teinture d'iode, de Priessnitz, les enveloppements alcooliques, les fomentations de toutes sortes, exercent leur action en anémiant, mais en réalité il est aisé de vérifier le soulagement très rapide que procurent soit l'introduction d'air chaud d'un membre atteint de rhumatisme, soit l'application d'une bande élastique au-dessus d'une arthrite blennorragique ou à la racine d'un membre, soit enfin l'aspiration au moyen d'un appareil au-dessus d'un foyer inflammatoire. On voit en réalité que le système de Bier et en particulier ses applications dans les lésions les plus disparates et les plus graves, ont en constance cette impression de l'amélioration. On ne saurait l'attribuer à une simple suggestion, mais plutôt à un écueil pour le médecin, celui de ne pas aller à l'effort du diagnostic précis.

d'hyperhémie jouissent de cette propriété de
 , mais si leur effet est à peu près égal dans
 articulaires consécutives soit au rhumatisme,
 anté, soit à des traumatismes, cependant
 ve est indubitablement plus efficace dans
 is douloureuses d'origine *infectieuse*, par
 s les arthrites blennorragiques, rhumatisma-
 ne tuberculeuses, tandis que l'hyperhémie
 une influence plus heureuse sur les *névralgies*.
 de la douleur marche du reste de pair un
 ple : en même temps que l'irritation des nerfs
 uissent les contractures musculaires réflé-
 membre malade ; de là, possibilité de mou-
 assifs précoces, qui assureront un résultat
 nent supérieur à celui des anciennes métho-
 t qu'immobiliser pour calmer.

ide de l'hyperhémie et en particulier de
 e se fonde sur les expériences de Nötzel, qui
 en vie un nombre respectable d'animaux
 ecté des doses mortelles de bacilles char-
 ptocoques, mais qu'il avait soumis à une
 als, les animaux qui avaient présenté cette
 et justement redoutée de stase *blanche*,
 Quelques semaines plus tard, les mêmes ani-
 sisté, injectés avec les mêmes doses micro-
 otégés par la stase, mouraient dans les mêmes
 émoins. Il va de soi que le procédé doit être
 once et discernement, car si une constriction
 destruction des microbes, une ligature trop
 le graves troubles de circulation, favorisera
 e la combattre.

cent de E. Joseph¹, fait à la clinique de
 ion de Bier, met en relief le rôle capital et
 l'œdème dans cette action bactéricide de
 , étions peu préparés à cette conception,
 tions à voir des processus infectieux graves,
 nons, se développer sans entraves sur les
 hronique, chez les néphrétiques et les car-

rkungen des natürlichen Oedems und der künstli-
 tisch. med. Woch., 3 octobre 1905.

diaques. Mais au vieux et torpide, lequel l'organisme d'une façon si rapides venimeuses. L'empoisonnement dans les intoxications pour le rendre pas le développement s'expliquent les observations de Zimmermann (1) prise, l'œdème stérique graves.

Cette action bactérienne peut-être un des points de supériorité sur les autres position élevée du compte des succès la résorption et l'absorption gissent pas comme les autres mêmes. Dans deux cas l'antiphlogose, l'antipyrétique de part et d'autre et des douleurs, amélioration du membre soumis à la l'affection traitera écartant les symptômes même coup la réaction dans l'autre cas un état fonctionnel meilleur.

L'hyperhémie active résultats favorables au début de ses recrudescences aiguës ; aussi c'est à l'origine exclusivement microbienne.

Au point de vue des renversés et c'est, comme la vie active qui jouit les deux formes de la vie comme *dissolvants*, une expression vieille

tre des proliférations articulaires, qui doivent assurément subir préalablement, de dissolution ou de digestion pour nous avons, dans les conditions physiologiques, la propriété de l'hyperhémie dans ces os denses et résistants, qui menacent d'être l'écoulement et qui cependant se résorbent sous l'effet de la congestion intense de la grossesse, jusqu'à permettre une

action de l'hyperhémie sur la *nutrition* osseuse. Elle ne nous arrêterait pas si certains expérimentateurs, n'avaient voulu faire servir la hyperhémie thérapeutique pour favoriser la croissance des membres. Il semble résulter d'expériences et d'observations, que l'hyperhémie provoque une hypertrophie du tissu osseux, et de certaines formations épiphyseuses, mais elle paraît sans influence sur les fonctions actives. C'est que, comme le fœtus ne se nourrit pas d'une façon purement passive, mais qu'il ne peut pas de lui procurer une surabondance de sang, elle ne trouve pas en elle-même les excitations nécessaires pour croître et prospérer. Ne comptons donc pas sur elle pour nous donner des membres d'une parfaite symétrie des jambes inégales. Ne craignons pas ce qu'elle peut donner ; au reste, ce qu'elle nous donne — est déjà suffisant. L'hyperhémie articulaire que Bier a commencée à employer pour l'hyperhémie et, à la suite d'insuccès, il recourut exclusivement à l'hyperhémie, et lui en fut fournie par la vieille observation de la fréquence de la tuberculose dans les membres atteints d'anémie du poumon, et par l'opinion absolue de Rokitansky, affirmant l'immunité consécutive à certaines affections immunitaires vis-à-vis de la tuberculose. Dès qu'on a stase aux membres tuberculeux ; des uragèrent dans cette voie, quelques accès froids, prolifération géante des os (érésipélates) l'amenèrent non à

abandonner la méthode, mais à en []
 Au lieu des applications ininterrom
 au début, il restreignit peu à p
 ture, réduite à quelques heures et
 ment *par jour*. C'est à cette formule
 quotidiennes, courtes, avec constrict
 dans les infections aiguës.

L'application de la bande élastiqu
 difficultés. Dans certains cas, particuli
 l'extrémité inférieure et chez des fe
 vient pas à obtenir l'hyperhémie par
 recourir à un moyen détourné, c'e
 quelques minutes le membre malade
 gique selon Esmarch, puis profiter d
 l'enlèvement du lien constricteur po
 plus modérée, qui gêne seulement le
 D'autres fois on se heurte, non à u
 mais à une forme spéciale de stase, li
 prédomine sur l'hyperhémie, forme
 gêne exagérée dans la circulation lyn
 comme très dangereuse. Ce sont les «
 lièrement dans la tuberculose, donn
 aggravation des symptômes; la sta
 formellement l'emploi de la métho
 l'observe.

Qu'il s'agisse d'inflammations aigu
 bre traité ne doit jamais donner l
 température moins élevée que le me
 au contraire être « chaude », c'est-à-
 sensation objective et subjective de
 la *stase froide* (qui n'est pas synon
 justement redoutée et propre à cert
 au point de vue thérapeutique.

Pour éviter l'atrophie musculaire
 ment la constriction prolongée de la
 faut avoir soin de varier à chaque sé

Jamais la stase ne doit être *doulo*
 malade est seul juge ; il faut s'en raj
 et ne pas passer outre à ses plaintes,
 bande en apparence peu serrée. L'a
 paresthésies doit être complète dans

ites, ce système d'aspiration de Bier semblerait devoir es services, car, indépendamment de son effet hyperhémiserait le moyen le moins meurtrier d'écouvillonnage lent ité utérine. Aussi, sans savoir si d'autres m'avaient dans cette voie, j'ai fait construire une petite cupule destinée à happer le museau de tanche et reliée par un de à l'appareil aspirateur. Je ne puis encore formuler conclusion, mais quelques malades ainsi traitées se sont spontanément très soulagées, soit au point de vue des , soit sous le rapport de la diminution de la leucorrhée. e même ordre d'idées, on a appliqué très rationnellement avec succès ces petites ventouses aux diverses formes alites et en particulier, au lieu de la discision, pour pur violence les cryptes tonsillaires des concrétions et amas qui les obstruent¹.

e grand succès de la méthode de stase lui est venu d'un son auteur ne l'attendait pas tout d'abord, dans les s inflammatoires aiguës. Ce sont, parmi les maladies ulations, le *rhumatisme aigu* et *subaigu*, l'*attaque de gu*² et tout particulièrement les *synovites blennorragi-* ont bénéficié de ce moyen de traitement. Jusqu'ici, formes graves et douloureuses de la blennorragie artion était obligé d'immobiliser le membre dans un plâtre, t l'ankylose fatale en perspective. Avec la bande, les cessent dès les premières applications et même dans la e heure; après huit jours, elles ont totalement disparu it de quinze jours ou même plus tôt, le patient commenême des mouvements actifs. Tilmann, de Cologne³, es mouvements au début et n'a recours qu'aux contracntanées et méthodiques du quadriceps en particulier, ter la subluxation en arrière, qui ne manque guère de ire sans cette précaution.

ru récemment Bier, plus confiant dans sa technique, ndre de traiter avec la ligature élastique des cas d'inparticulièrement graves, des suppurations articulaires es, des *lymphangites*, des *phlegmons* des gaines tendineu-ostéomyélites aiguës, même compliquées de suppuration

¹ de Bonn, Discussion à la *Rhein.-westphal. Gesellschaft für ed.*, à Dusseldorf, 21 mai 1905.

² BUN, Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauer med. Presse, 1905, n° 3 et 4.

³ unication orale.

piphytaire ! Il est surprenant que dans ces affections où les troubles de la circulation peuvent faire redouter la gangrène, on n'ait pas, au moyen des ligatures, dans les cas où la gangrène est imminente, il prétend que ces cas sont sans danger de nécrose, mais que des microbes et qu'il faut leur donner mission de combattre les microbes et de neutraliser ; il n'en est rien, c'est un terrain dangereux qu'on ne peut pas laisser. Un autre écueil a été de croire que dans ces infections graves, on ne doit pas intervenir dans la circulation : c'est une erreur, la bande elle-même ; ce qui est dangereux, c'est la stase, dont il faut empêcher le développement exactement. On ne doit pas intervenir, dans un cas d'i-

nterrompre à chaque séance et on ne doit pas, outre, d'interposer une bande et d'étaler un peu les ligatures pour empêcher la constriction. Quant à la bande élastique, c'est par là que la ligature doit, dans les cas de gangrène et un œdème aigu. La bande doit être, à peine bleuâtre ; il ne faut pas qu'elle soit perceptible. Le sujet du malade : la bande ne doit pas causer de douleurs, pas assés, mais elle sera parfois de se mouvoir et procurer le sommeil libre. On ne doit pas la laisser.

On doit, suivant l'acuité du processus, la bande de constriction sera appliquée et s'étendre à 22 heures, et dans les chroniques (tuberculose) de une heure. On doit, à la bande, les pansements.

et im Gefolge der Bier'schen Methode, *Zentralbl. für Chir.*, 1906.

en a, seront lâches pour ne
dème et dans les intervalles
en faciliter au contraire la r
cette rentrée brusque du
toxines diluées, provoque un
bon de le savoir pour ne pas

Plus tôt sera institué ce t
résultats ; si les poisons baci
des nécroses, celles-ci exige
plus souvent des incisions d'
aussi précoces que possible
perhémie seule tarde à amen
conseille de lui venir en aid
de lavage de l'articulation o
mie, mais en tout cas sans
aiguës non articulaires, on n
n'y a pas de suppuration ; qu
encore d'une incision puncti
l'évacuation du pus par pres
se borne à enlever, au momen
de la ventouse, la petite croû
séance le pus sort plus clair
tamponnement, qui risquent
tissus dont la vitalité est déjà

C'est d'après ces principes
perhémie produite par les v
sans incision — ce qui est
lanimes — les *furuncles*, d'o
pincette le bourbillon quand
piqûres d'insectes, les *mastit*
fesseur russe de passage à B
cédé d'hyperhémie par le vic
lument nouvelle, car les pays
pétrole dans un pot qu'elles a
une grosse ventouse. Dans le
nourrisson continuer de suce
analyser bactériologiquemen
veille à l'évacuation de la gla
ment quand il y a du pus col

¹ Exceptionnellement on a vu sou
fêude et dégager des bulles de gaz

très petite ouverture ; le but est de conserver le plus de tissu glandulaire possible et d'éviter des cicatrices. Les résultats sont moins favorables quand le sein a déjà été ouvert par un médecin selon la technique courante, car il se forme alors dans la profondeur des adhérences et des coudures. J'ai vu une mastite suppurée guérie après une petite incision et deux séances de ventouses ; une autre dans laquelle la température, qui dépassait 39° 5 le matin, tomba aussitôt et où les douleurs disparurent définitivement dès la première application.

Dans tous ces cas d'inflammations aiguës, on applique la ventouse pendant cinq minutes, puis on la retire pendant trois minutes pour laisser à la circulation le temps de reprendre son équilibre ; on continue à la placer et à l'enlever alternativement dans les mêmes intervalles, la durée totale de l'application journalière étant de trois quarts d'heure¹.

Dans quelles affections n'a-t-on pas vanté les bienfaits de la stase ? Dans l'*érésipèle*, elle a donné des résultats inconstants². Henle, de Breslau, s'en loue dans les *fractures* et les *distorsions* : il attend deux jours pour ne pas augmenter l'extravasat, puis il applique la bande et peut se passer de narcotiques³. Bier lui-même n'a pas hésité à utiliser la stase pour la tête en serrant modérément le cou par un lien d'un tissu analogue à celui des jarretières. Il y a quelques années, déjà il essayait ce procédé dans le traitement de l'épilepsie, de la chorée et des céphalalgies⁴. Plus récemment, ses élèves l'appliquaient aux infections céphaliques les plus variées, angines, diphtérie, dacryocystites aiguës, suppurations de l'oreille moyenne, mastoidites⁵. Enfin d'après Ritter⁶ la stase aurait, à côté de l'hyperhémie active, un rôle à jouer dans le traitement des *congélations* ; sous son influence, les

¹ Communications verbales du Dr Klapp. — Voir aussi : KLAPP, Behandlung entzündlicher Krankheiten mit Saugapparate, *Münch. med. Woch.*, 1905, n° 16.

² Voir : Discussion à la *Rhein-westphal Gesellschaft für innere Medizin*, 21 mai 1905.

³ HENLE, loc. cit. — Voir aussi : BUM, de Vienne. Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochen callus, *Zentralbl. f. Chir.*, 1901, n° 47.

⁴ BIER. Ueber den Einfluss künstlich erzeugter Hyperaemie des Gehirn und künstlich erhöhten Hirndrucks auf Epilepsie, Chorea und gewisse Formen von Kopfschmerzen, *Mitteilungen aus den Grenzgebieten*, Bd. VII, 2 et 3.

⁵ KEPPLER. Die Behandlung entzündlicher Erkrankungen von Kopf und Gesicht mit Stauungshyperæmie, *Münch. med. Woch.*, 1905 n° 45 et 46.

⁶ Loc. cit.

vulgaires et pourtant ten
ment ; elle devrait être sp
surtout chez les sujets sa
chroniques et en général
surchauffé suivie de fricti
plus de services que l'hy

Dans les rhumatismes c
post- traumatiques, la sta
liore la fonction ; dans l'ai
tant et se borne fréquem
sagère des douleurs. Le p
ques articulaires non tub
ligature élastique avec l'
grands appareils à succio

Si l'hyperhémie et en p
pas la merveilleuse panac
l'universalité de ses prêt
et si même elle ne devait
tout ce qu'on promet en s
sonnable, aujourd'hui, a
qu'on lui a consacrés, d'i
et de ne pas l'essayer tout
rien de mieux à offrir à n
les indications, d'en perfe
que, de montrer ce que le
culier aura à gagner de s
déjà connus ou encore à l

A la fin de ce travail, o
rêt de mes confrères pour
plaisir de remercier celui
teur, le professeur Bier,
reçu de lui, et d'assurer
mais particulièrement les
naissant souvenir pour le
plaisance.

signes de la syphilis récente

Dr. GASSMANN

Université de Genève.

On peut que les bubons ramollis de la période tertiaire, c'est-à-dire les bubons lymphatiques; 2° les bubons tertiaire et secondaire dus à une infection par microbes pyogènes banaux, b) c) le bacille de la tuberculose

des *bubonuli syphilitici* concomitamment que les ganglions tumescents sans qu'il soit possible de dire plus haut, c'est-à-dire sous l'influence même.

1 cas de « bubon syphilitique » ressemblance de cette affection, ceux dont elle diffère pourtant par sa guérison sous l'influence du ramollissement est une infection par une circulation insuffisante.

Il s'est occupé de cette affection et il est très remarquable. Il soutient que la syphilis récente ne sont pas aussi rares et il en étudie la clinique brièvement, sous forme d'un

général dans un seul ganglion qui est de celui d'un œuf de pigeon à la fois; il est souvent adhérent à la peau. Sa consistance est assez ferme, on a l'impression de toucher la vraie sensation de la fluctuation nettement limitée par du tissu

Arch. f. Dermatol., Bd. XXX, 1895.
18 nov. 1901.
h., 1903, n° 26.

glandulaire et périglandulaire
augmenter et s'étendre

Sous l'influence d'un
temps, la tumeur subit

Dans douze cas, Mar
une seringue de Pravaz
goutte d'un suc muco-
tenant seulement, sous
de très rares globules
ments sur agar, agar
riles.

On serait donc en pr
bons syphilitiques ramo
de la syphilis récente, ne

Tous les auteurs qui
Patoir, Marcuse), parts
produit sous l'influence
tervention d'une infecti
ou cachectique. Cette
l'absence d'une inflam
chronicité de l'affection
spécifique, histologique
l'absence de globules de
de microbes.

Cette question étant
communiquer un cas de
servé et qui peut se
auteurs cités, puisqu'il
riologique et histologiqu

X., 26 ans, ouvrier, d'un
commencement de février ;
du sillon coronaire à côté d
ficiel, peu induré, vu la pla
gauche, un seul ganglion tu
œuf de poule. Les ganglion
augmentés de volume. L'ex
quant au bacille de Ducrey.

Le 14 mars, le sommet
éprouve une sensation qui
tion. La peau est rougeâtre

Le 17 mars, on fait une i

procède à l'enucléation du ganglion tuméfié, qui
 À l'opération, on remarque encore quelques gan-
 nous, à côté de celui qui est enlevé, mais qu'on
 la peau et qui sont laissés en place.

du pénis est guéri.

le même de la plaie du bubon, qui a été tam-
 rmée.

ie angine spécifique ; le 18, une roséole et, le 25,
 ur l'os pariétal.

itement mercuriel (injections d'hermophényl),
 ilitiques subissent l'involution habituelle, excepté
 es qui persistent encore assez longtemps.

e. — Immédiatement après l'opération, le gan-
 d'une grosse noix et de consistance molle, est
 par une coupe longitudinale, au moyen d'un
 la flamme d'un bec de Bunsen.

rs tubes de gélose et de sérum pur de lapin avec
 xprimant et en râclant la tumeur. Les frottis de
 s par la solution Zielh diluée et par les autres
 ntiennent pas de streptobacilles, ni d'autres mi-

cultures étaient restées stériles.

— La coupe du ganglion excisé était, à l'état
 tre ; à une seule place, non loin du centre, se
 de plusieurs millimètres de diamètre. On pou-
 ur un suc légèrement rosé, séro-muqueux, en
 Une des moitiés fut mise dans l'alcool concentré
 ne. Sous le microscope, on constate les altéra-

aire présente une grande richesse en noyaux ;
 siformes et les mastzellen sont distribués d'une
 azellen », et surtout les lymphocytes forment
 p de petits vaisseaux, probablement des vais-
 nt dilatés et remplis des mêmes leucocytes ;
 'amas autour des vaisseaux sanguins. Un certain
 ux, principalement des capillaires, sont dilatés

nglion, il y a une légère augmentation des
 infiltration de lymphocytes le long des capil-
 es fentes lymphatiques sont dilatés par des amas
 écules ont disparu sous la masse des cellules

aire lymphatique, les gros vaisseaux ne présen-
 'mphocytaire de la gaine fibreuse. Leur lumière
 et contient du sang renfermant plus ou moins

les m
es et,
gèrem
. entr
ntôt
poly
eur pa
partie
déral
age, c
ies. L
on v
moi
géné
ils so
comp
ibre c
le W
, une
diffé
lules
t tou
llicul
déjà
x, su
hériq
ormal
reux
am lé
cyan
ionb
ue dé
phéri
ns de
centr
nglon
sont
lymp
diffici
r (lm
semb
nt trè
tre, i
s à di

airs, disposés d'une façon excentrique ou deux à huit fois le volume des noyaux, un corps plasmatique, plus ou moins souvent, est placé à côté d'une lacune, soit la rétraction de la cellule, soit qu'elle reste ; en tout cas, elle n'est jamais revêtue de pas cellulaire renferme souvent des grains blanchâtres à des débris de noyaux ; souvent, les cellules sont remplies. Ces cellules peuvent également être vides, en partie, visibles déjà à un faible grossissement, petites laches claires.

démontrer que ce cas rentre vraiment dans les bubons spécifiques qui doivent être traités à nouveau, comme non compliqués.

L'absence complète de microbes pyodermiques, diagnostic d'une affection secondaire, le patient étant très vigoureux et ne présentant aucune complication, le diagnostic de bubon stru-cturel est éliminé. Reste à discuter encore entre un bubon mixte. La recherche de microbes par Ducrey dans l'ulcère récent, faite à l'aide du microscope des frottis de pus, a donné un résultat également négatif de l'examen du tissu du ganglion, la culture de pus et de sang stérile, ne parlent pas en faveur

du diagnostic microscopique du chancre n'est pas non plus moins celui du bubon, vu que les streptobacilles n'ont pu être trouvés dans le pus, que l'inoculation était positive. Mais, l'examen du bacille sous le microscope dans les frottis récents.

La culture, dont nous ignorons encore les conditions, Griffon, Le Sourd nous aient donné un bon milieu de culture. Je n'ai pu trouver, la relation d'examen faits sur des bubons vénériens, à l'exception de ceux qui ont été examinés 24 bubons suppurés

provenant de chancres m
des cultures positives, m
de sang ou l'eau condens
il n'est pas encore d'én
bonne que celle indiquée
ces auteurs ont constam
deux cas de bubons seule
l'occasion d'inoculer dan
mitants du chancre mou
cultures, ainsi que l'ex
toujours été positifs. D'
l'agar de sérum ou de
sérum humain de différ
au sérum ou au sang pu
perdre beaucoup de sa
tiers de bouillon. Je n'ai
sang humain, mais il n'e
sérum de lapin, ou puiss
résultats positifs que Ton
cela que je serais dispos
au résultat négatif de l'
demment, l'auto-inocula
encore une nouvelle preu
peut-être exagérés, je n'a

Je n'oserais pas invoqu
mon opinion, la rareté du
cente de Finger² qui p
moins rare qu'on ne l'
repoussant l'opinion de F
par le virus syphilitique
Egalement dans cette q
fond, l'auto-inoculation
sont appelées à nous rend
qu'aucune publication, l
ques, n'ait encore, à ma

Quant à la marche chr

¹ TOMASCEWSKI. Über die A
Bubonen und Bubonuli. Arc

² FINGER. Ulcus molle und
p 36.

³ FEDERN. 1901. Wiener n

chancre mou paraissent exceptionnellement une façon presque analogue, si l'on s'en rap-
 ux faits cliniques et à l'état de nos connais-
 Mais il n'est pas impossible que de nouvelles
 sent, dans l'avenir que beaucoup de ces cas
 s, en réalité, parmi les bubons mixtes. En
 'ensemble de tous ces faits, je ne vois d'autre
 ranger mon cas parmi les bubons syphiliti-
 compliqués.

d que ces cas ne sont pas tellement rares,
 rvé une vingtaine. Je ne veux pas contester
 ne puissent être rangés dans l'affection en
 nt, comme Marcuse exige lui-même qu'on
 qui ne sont pas incontestables, ce qui est
 rable, l'affection étant encore à l'étude, je
 ait encore laisser de côté tous les cas qui ne
 s symptômes manifestes de syphilis récente,
 bubon de cette nature guérisse vite sous
 raitement mercuriel, s'il est traité en même
 s au lit et par l'emplâtre gris appliqué sur
 pas, à mon avis, pour établir d'une façon
 e diagnostic de bubon syphilitique. Il existe,
 ns d'ordre banal (par exemple parmi ceux
 condylomes acuminés érodés), qui peuvent
 ou semblable en présentant un commence-
 ment et qui guérissent assez vite sous l'in-
 t du traitement local indiqué plus haut, sans
 antisypilitique ait été fait.

ur étudier la question à fond, il aurait peut-
 e d'examiner ces cas en pratiquant tout sim-
 ion ou en enlevant un petit fragment qui
 re un examen bactériologique et histologique
 écher de juger l'effet du traitement spécifi-
 le cas si tout le ganglion est enlevé. Et ce
 e de grande valeur surtout si le traitement
 isqu'alors on peut conclure que le bubon
 tandis que le succès positif est, comme je
 moins concluant.

l'examen histologique dans notre cas est
 ntéressant. Koch a trouvé dans les ganglions
 s renfermant un suc visqueux rosé-grisâtre,

qui n'était pas du pus aseptique ». Marcuse de retirer du suc, il goutte de liquide ; de quoiqu'il y eût un foyer muco-visqueux, rosé et Ce dernier fait semble ces cas ; aussi, l'auteur à celui que Koch a trouvé syphilitiques.

Notre cas prouve d' *le doigt palpant peut de la fluctuation qui n par une consistance pe glion.*

Ceci semble incompatible central n'était pas ass tuation et que la dilat moins prononcée que cette sensation ; les gonflées, assez éloigné mitoses, sont probable

L'état microscopique à celui du bubon aigu

L'histologie des gang présente pas, suivant spéciaux qui permette bubons aigus d'un autre Neisser, Neumann, Je contraire, on trouve d ensemble, le distingue ou vénériens¹ et des à la disparition complète de grands et nombreux

Koch a déjà fait remar ramollissement ressembl les gommes syphilitiques cher ces bubons ra

¹ Voir : ELIASBERG. Bubonen. Inaug. Diss. J

« a déclaré qu'il ne faut pas attendre que les processus soient possibles ». Mais les bubons sont tout à fait de la période secondaire, les moyens suivants : les lésions secondaires, amenées histologiquement par l'iodure de potassium, nous savons que l'iodure est tardive, qu'il ne se généralise pas, ne provoque pas la destruction immédiate de la cellule-ci et à ab-

« ne présenter les mêmes peuvent être peu avancées, simultanément à l'encore moins de nos bubons, ment très lentement, est en contraction, vraies gommeuses, par sa tentative une consistance des fibres de nos bubons,

« ait que les gommeuses histologiques, cependant, que ces sont les gommeuses, si se trouvent la gomme typique, nous, décrites, par

histologie. et Fix

Ramage¹, Luskarten², Löwenbach³, etc. Elles se rapprochent, au contraire, davantage de celles du bubon aigu banal.

Relativement au troisième moyen, il résulte, de ce que nous avons dit que, dans un cas comme le nôtre, le succès d'un traitement antisypilitique quelconque ne permet pas de tirer des conclusions très nettes, surtout si un traitement local a eu lieu. Mais, si dans la plupart des cas de ce genre, le traitement ioduré restait complètement inefficace, ceci parlerait certainement en faveur de la nature secondaire. Marcuse rapporte un cas semblable. D'autre part, le succès de l'iodure après l'échec complet du mercure, semble parler plutôt en faveur de la nature tertiaire; Marcuse en cite deux exemples. Mais il faut noter que le mercure agit aussi très souvent dans les lésions tertiaires, de sorte que le succès d'un traitement mercuriel ne peut fournir aucune preuve à cet égard. Les trois cas cités ne suffisent aucunement pour trancher la question et les expériences *ex juvantibus* restent encore à faire.

Rien ne nous oblige donc à ranger nos bubons parmi les gommes ou les lésions tertiaires. La seule chose qu'on puisse dire, en se fondant sur les faits rapportés par Koch et par Patoir, c'est que les bubons de la syphilis récente subissent, exceptionnellement, un ramollissement qui, au point de vue de clinique, ressemble à celui des gommes.

Il est du reste possible, étant donné le fait fourni par mon cas, que ce ramollissement n'aboutisse pas toujours à la nécrose ou à la liquéfaction et puisse subir, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement spécifique, une involution déjà dans la période de prolifération. La difficulté que Marcuse a éprouvée à obtenir du liquide pour l'examen bactériologique, parle en faveur de cette opinion.

Dans notre cas, rien ne permet de supposer que les lésions histologiques qu'il a présentées doivent forcément évoluer du côté de la nécrose ou de la suppuration.

Quant à l'étiologie, tous les auteurs sont d'accord que le virus syphilitique est la seule cause de ces lésions. Patoir parle d'une « nécrobiose aseptique »; Koch estime que le ramollissement de ces bubons doit être attribué à la même cause qui

¹ RAMAGE. Contribution à l'étude des gommes ganglionnaires. *Thèse de Paris*, 1881.

² LUSKARTEN. *Wiener med. Presse*, 1890.

³ LÖWENBACH. *Arch für Dermatol.*, 1899, p. 71.

ion intense de la sclérose initiale ; Marcuse
assement est dû à la même cause que celui

facilement expliqué que ces bubons doivent
ne non compliqués *dans l'état actuel de nos*
s devrions donc admettre que le virus syphi-
ie d'habitude la scléradénite typique, peut,
., être la cause d'un bubon ramolli. Ce fait
facile à expliquer. Aussi, puisque ces bubons
ent, le plus souvent, à la suite d'un chancre
(plaie) ou dans des régions favorables à
ire (organes génitaux, cavité buccale), on
à côté du virus syphilitique, des microbes
nt être en jeu, soit en envoyant leurs
ganglions, soit en y pénétrant eux-mêmes
itique. Le fait qu'on n'a pas pu en trouver
e pas qu'il n'en existe pas. Du reste, nous
facilité toute espèce de microbes (bacille de
eph, spirochètes, etc.) entre dans les gan-
n même temps que le virus spécifique.
ci n'est qu'une hypothèse, mais qui pourra
tile pour des recherches ultérieures.

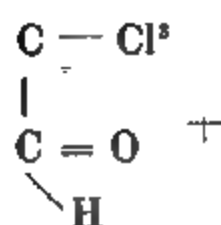
pouvons conclure de ce travail, que :
catégorie de bubons ramollis de la syphilis
'état actuel de nos connaissances, ne sont ni
iaires ;
t une marche chronique qui les différencie
rovenant d'une autre cause ; ils ne montrent
la perforation et ils se résorbent facilement
traitement mercuriel ;
nent est dû, ou bien à une sorte de nécrose,
sistance particulière du tissu lymphatique
à une suppuration ;
n la plus rationnelle de ces produits patholo-
« bubons ramollis idiopathiques de la sy-

Les effets car de

Assietat

Dans le cours d
comme succédanés
la fortune s'est mo
ments, les plus con
le véronal.

Le *dormiol* a été
duit d'addition du
selon la formule



Chloral anhydre.

C'est un liquide
temps, d'apparenc
le camphre. Dans
qu'une impression
que produit le men

Le *dormiol* par
l'eau. Lorsqu'on a
pur avec de l'eau,
les deux liquides ne
tre, après avoir lai
temps, avec une qu
se forme une émuls

sous cette forme que le commerce livre

En étendant graduellement d'eau ce
préparer des solutions à tous les titres
aire, l'on ajoute brusquement une cer-
précipite le dormiol pur.

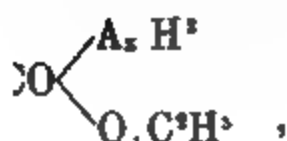
l'invoquer comme preuve à l'encontre
présente aussitôt à l'esprit lorsqu'on
voir que la prétendue solution de dor-
t bien n'être qu'un simple mélange de
'hydrate d'amylène. Cette hypothèse,
e autre impossibilité : le dormiol com-
porte, vis-à-vis du permanganate de
l'anhydre et l'amylène anhydre, c'est-
la réduction. L'hydrate de chloral, au
amylène, ne décolorent point la solu-

le produisant une sensation de cuisson
tonnant, que, en capsules gélatineuses,
éructations, à une sensation de pesan-
tomac (Munck); en sorte que le mieux
est suffisamment dilué, en potion, avec
il en masque le goût peu agréable. De
être préféré au suppositoire, qui s'est
s'agit).

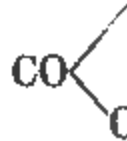
ère utile, elle est fort variable, comme
50 ctgr. ont pu suffire chez certains
aurait une bonne moyenne. Dans cer-
il doit administrer 2 gr. et plus pour
d'ailleurs l'on rencontre, chez quel-
ance presque absolue à l'action du

à l'emploi de ce médicament semble
ment dépourvu de sensations désagré-
u chloral.

ne. L'on sait que cette dernière subs-
l'acide carbamique, et répondant à la



a été, il y a longtemps déjà, prouvé par des recherches expérimentales sur le lapin, l'on croyait pouvoir lui opposer des actions puissantes. En réalité il n'est qu'un somnifère médiocre. Pendant longtemps, en thérapeutique infantile, par son action cardiovasculaire était utilisé le chloral. Mais l'idée d'obtenir un agent plus puissant à s'adresser, pour éthérifier l'action des d'alcools supérieurs. Des corps ont été synthétisés, les uns étaient trop désagréables au goût. Seul le hédonal auquel on a donné le nom d'hédonal est utilisable. Il répond à la formule



et se présente sous forme d'un corps à odeur faiblement aromatique, caractéristique, ressemblant à celle de la menthe dans l'eau froide, mais à 33°, l'odeur est plus forte, et à 50° des solutions à 2 %.

En raison de cette faible solubilité, l'administration de l'hédonal consiste à le faire dissoudre comme le fait Goldmann, à combiner avec du sucre en poudre sur sa langue, et de le faire dissoudre dans l'eau froide. A cause du goût peu agréable, on peut utiliser, en place d'eau simple, un hydrolat de menthe ou de caroube ou de soupe de Marsala. Il a été employé sous forme d'injections sous-cutanées dans un mélange par 10 % d'alcool. Mais, quoiqu'il ne provoque pas d'irritation locale, comme le chloral, de 0,50 ctgr. (soit 50 cc.), ce mélange est utilisable. Quant au suppositoire, il est utilisable, cependant, son action est plus lente.

¹ Joh. FRACZKIEWICZ. Ueber Hedon

Le sommeil que procure l'hédonal semble naturel ; le réveil est facile et n'est accompagné, ni suivi, d'aucun phénomène désagréable. Mais il arrive parfois que le malade soit dérangé par le besoin d'uriner. L'hédonal, en effet, provoque assez souvent la diurèse. Les recherches exactes d'Ed. Müller¹ le prouvent. Cette diurèse, qu'avait fait prévoir la constitution chimique même du corps, est inconstante et d'importance très variable.

La dose auquel l'hédonal s'est montré actif, oscille entre 0,50 ctgr. et 3 gr. selon la cause de l'insomnie. Il ne paraît pas que les états d'excitation marquée soient mâtés par l'hédonal ; toutefois, quoiqu'un peu inférieur au chloral quant à l'énergie de son action, le somnifère nouveau est, plus nettement que le trional, capable d'imposer le sommeil.

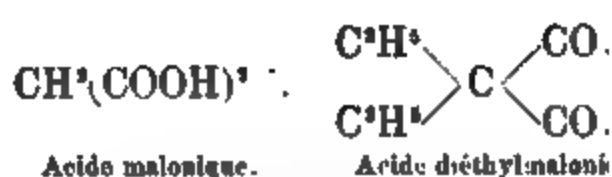
L'*isopral* a fait, en 1903, l'objet d'un travail de Impens, paru dans les *Therapeutische Monatshefte*. C'est un alcool isopropylique trichloré, répondant à la formule $\text{CCl}_3\text{—CHOH—CH}_3$. Il se présente sous la forme de cristaux blancs, capables de se sublimer à la température ordinaire. A 19° il se dissout dans l'eau à raison de 3,35 %. Son odeur est camphrée, sa saveur aromatique et piquante. Déposé sur la langue, même en solution aqueuse, il provoque une sensation de brûlure à laquelle succède une anesthésie assez marquée. Comme intensité, ses effets hypnotiques semblent se rapprocher de ceux de l'hédonal. Son action paraît remarquablement prompte ; le sommeil s'établit tranquillement ; le réveil est naturel et facile, le remède se détruisant rapidement dans l'organisme, d'où, à la façon du chloral, il est éliminé, pour une part, sous forme de conjugué glycuronique.

Les doses usuelles seraient de 0,50 ctgr. à 1 gr. ; dans les états d'agitation, il faudrait monter jusqu'à 1 gr. 50 ctgr. ou 2 gr. (Ransohoff).

La maison Bayer livre le médicament sous forme de tablettes qui se conservent bien. Mais on peut aussi le prescrire en potion, en adoptant la menthe comme correctif.

Quand au *véronal*, proposé par E. Fischer et J. von Mering, il se rapproche de l'hédonal puisqu'il dérive de l'urée. C'est la diéthylmalonylurée, dont on comprendra la constitution au moyen des trois formules suivantes :

¹ Ed. MÜLLER. Ueber das Hedonal, *Munch. med. Woch.*, 1901, n° 10.



Or, aussitôt qu'on en entreprend se rend compte qu'il n'appartient pas à la pharmacodynamique du chlorhydrate bulbo-médullaire, loin de s'accroître en certaines périodes. Comme nous le disions en 1906 à Genève, c'est, en fait, du chlorhydrate qu'il faut rapprocher le veronal. Lui que nous avions commencé d'abord, nous avons désiré expérimenter avec les trois premiers. Ce sont bien des succédanés vrais avec des actions pharmacodynamiques voisines à celles de ce corps, et n'en diffèrent que dans l'intensité de telle ou telle action.

Pourquoi donc exhumer ce corps plus d'un d'entre nos lecteurs en ont fait du dormi.

Il est vrai qu'après une entée thérapeutique, ces somnifères paraissent oubliés. Mais l'expérience nous apprend que les médicaments lancés au cours de la guerre ont mérité le bruit que l'on sait, méritaient les accompagnait, il en est qui ont cet excès d'honneur par une l'enthousiasme du début, n'étant pas.

Il n'y a rien là de bien étonnant qu'il s'agit d'apprécier la valeur, est trop souvent égarée dans lesquelles elle se meut. quelque faible différence de substances de même famille pour l'expérimentation est capable de. D'ailleurs le médecin auquel on laisse promptement décourager les résultats qu'il obtient sont moins ré-

dait. Or ce désenchantement, très excusable, n'est cependant pas toujours justifié. Nous allons en avoir la preuve en ce qui regarde l'hédonal.

Nous avons employé ici la méthode comparative que l'un de nous a suivie et indiquée dans des mémoires antérieurs relatifs aux dérivés de la morphine, cette méthode nous paraissant être la seule qui permette d'obtenir, de l'expérimentation, des données applicables à la thérapeutique humaine. Elle consiste à comparer pas à pas, et par des procédés expérimentaux identiques, le corps à étudier à une substance de même famille pharmacodynamique dont les effets sur l'homme aient été établis par de longues années d'observation clinique. Cette connaissance permet donc, pour le remède anciennement connu, de traduire en données cliniques les résultats expérimentaux. Et, des analogies ou des dissemblances entre les tableaux expérimentaux obtenus avec les médicaments nouveaux d'une part et avec le médicament ancien d'autre part, l'on peut prévoir quels vont être les caractères thérapeutiques propres aux premiers. En un mot, tandis qu'en étudiant simplement et isolément par l'expérimentation, les effets d'un médicament nouveau, l'on est forcément amené à conclure de l'animal à l'homme (ce qui n'est jamais très légitime), avec la méthode que nous préconisons l'on conclut, en réalité, de l'homme à l'homme.

Dans l'espèce, la comparaison que nous avons établie n'a eu pour objectif que certaines des propriétés des substances à l'étude. Cette limitation nous a été indiquée par les besoins même de la thérapeutique appliquée. En effet le seul défaut sérieux que l'on puisse reprocher au chloral, c'est sa nocivité indubitable à l'égard de l'appareil cardiovasculaire. Comme, d'une part, cette nocivité paraît s'accroître par l'usage quotidien du médicament ; comme, d'autre part, l'on est exposé à employer les hypnotiques au cours d'affections cardiaques ou de maladies qui délabent le cœur, l'on conçoit que l'on se soit appliqué à découvrir un somnifère qui, possédant toutes les qualités du chloral, n'en ait point l'action déprimante vis-à-vis de l'appareil circulatoire. La question qui se pose, dès lors, en face de toute substance du groupe pharmacodynamique du chloral, c'est de savoir si son action cardiovasculaire peut être considérée comme moins offensive que celle du chloral lui-même.

C'est cette question très limitée, nous le répétons, qui devait

nous occuper ici
de au moyen d

Ces expériences
le chien. Il ne
autant que pos
d'étudier les e
ments pendant
anesthésique. C
chez le lapin, il

Rappelons, a
ments nouveau
l'objet de trava
que expériment
ont été consig
M. Kojoucharo
ayant été entre
les effets de ces
cardiovasculaire
pour entraîner l
dormiol, elles n'
uniforme. C'est
été utilisé que
amenés à entre
aujourd'hui.

Ici nous avior
de nos hypnoti
lapin sans l'ar
réflectivité. Cett
de nous pour le
le procédé expé
assez rigoureux
avons reprises
animaux de poi

¹ G. NUTRITZIAN
lièrement sur son a

² V. St. KOJOUCH
de l'hédonal. *Thèse*

³ D. ROMANOVITC
culier sur son actio

marginale de l'oreille, et avec une semblable, une dose donnée de chlorhydrate d'hédonal chez le troisième. Le chlorhydrate d'hédonal ne peut dépasser 1 %, la solution à une température déterminée ce titre uniforme de 1 % pour l'usage oral.

En fait, celle indiquée par les auteurs, une fois l'injection faite, nous l'avons faite sur trois sujets, et nous apprécions si elle pouvait être considérée comme normale pour chacun d'eux. Ce mode de vérifier les chiffres primitifs que nous sommes arrivés ainsi, par tâtonnement, nous permet de rapporter au kilo de lapin :

.....0,12 gr.
0,13 gr.
0,07 à 0,08 gr.
0,06 gr.

En fait, nous avons vérifié l'exactitude de ces chiffres, par un grand nombre d'expériences. Il paraît inutile et fastidieux de rapporter nous le verrons tout à l'heure au cours de nos expériences, les différences individuelles que nous constatons chez nos animaux de laboratoire, et les résultats des expériences, si l'on veut quelque rigueur.

En fait, nous attirons votre attention et éveillé nos esprits de la solution d'hédonal (30%) ne nous a-t-elle pas échappé d'erreur ? En ce cas, grande est l'importance de leur volatilité, ni le dormioli ne peut conserver un titre fixe à des solutions. Une série d'expériences comparatives nous a montré, qu'en ne dépassant pas les caractères du tracé car-

réliminaires dont nous venons de rapporter les faits suivants, que nous avons fait communication préalable faite à

la *Société de thérapeutique* d
1905 :

1° La dose somnifère n'est
kilogr. de gros lapin, et par
fait constaté, du reste, par
sujet d'autres substances. Par
dans l'espèce, il faut comparer
limites entre lesquelles oscille
de chloral et de dormiol on
de même pour l'hédonal, les
clamant, pour dormir, 8 c
leur poids, ceux de 15 à 16
7 centgr. par kilo.

2° L'hédonal et l'isoprall
diate; le dormiol, et surtout
maximum d'action somnifère
tion. Ce fait est à rapprocher
examinant les tracés recueillis
retrouverons cette brusque
états d'hypnose et d'anesthésie
faire l'application à l'homme
chez lui, nous utilisons l'adonitol.
En ce cas c'est la solubilité
exerce l'influence majeure.
L'hédonal est peu soluble;
d'ailleurs et avec une certaine
plus soluble, volatile et, de plus,
s'est fait remarquer déjà en raison
de ses effets somnifères.

3° En constatant que nous agit
plus rapidement, et plus facilement
donal ou de l'isoprall, qu'avec l'adonitol;
ral; en retrouvant sur les tracés le
caractère de réveil prompt et régulier
gistré par les cliniciens. D'ailleurs
leurs débuts, l'hédonal et l'isoprall
siasme habituel qui accueillaient
qu'on leur avait attribuée.
n'existait pas dans l'imagination
vateurs. Il en est de même pour
l'action purement somnifère.

quoique d'une façon moins éclatante, à cette se dissiper assez aisément la torpeur qui meil véritable. A ce point de vue, il parait te le chloral et l'hédonal. Le fait expérimen aussi pourquoi certains malades, réveillés j tique de l'hédonal, ne se rendorment plus, d nous savons de l'éthyluréthane nous montr ce groupe chimique beaucoup plus hypnoti que pour l'homme.

Les lapins chez lesquels nous avons étudié culaire de nos doses somnifères, recevaient solution 1 %, dans le bout central de l'artè vitesse de 2 cc. par minute. Disons en passai reconnu par des expériences préalables que c la porte d'entrée du médicament, ne néces mentation dans la dose injectée.

Certains des tracés obtenus, au nombre 1 animaux ayant servi aux expériences de Kojoucharoff et Romanowitch, nous ont par tés pour diverses raisons (animaux à press à bradycardie ; procédés expérimentaux rents, etc.). Nous sommes restés en face d'u cés recueillis dans des circonstances identi maux absolument comparables.

C'est ce groupe que nous avons retenu. Il e les moyennes obtenues du total de nos expér pas sensiblement des chiffres que nous all représenter des résultats choisis de façon l'abri de toute cause d'erreur. Il reste évid l'on obtiendra toujours des données d'une rieuse, en isolant, d'un nombre très grand d ceux qui présentent une certaine homogéné les phénomènes ont suivi une marche ide possède un nombre considérable de protoc exécutées d'après un même plan, ce groupe tache de lui-même du milieu des variations ples que montrent les autres tracés : telle, p l'espèce type d'entre les variétés qui gravi En matière d'expérimentation ces aberration nement à des accidents dont la cause nous é faut rechercher le plus souvent dans les cond

inhérentes au sujet utili-
certains tracés sur lesq-
cœur, en place du ralenti-
tion que l'on rencontre
nous le verrons, et qui es-
lysante qu'exerce le chlo-
au niveau de son centre
nous en rendre compte
aussi constamment dé-
l'on veut bien le dire. Ch-
la section des vagues, ou-
ration persistante des b-
nous parlions plus haut,
dans nos moyennes, éta-
daient ce tonus normal d-

Après étude attentive
avons reconnu que l'on p-
effets cardiovasculaires d-
de trois notations : l'un-
sanguine et le nombre d-
tion du somnifère, et apr-
par l'intervention opéra-
leurs deux minutes après
sommeil par conséquent,
ques pouvant suivre la p-
seaux ; la troisième not-
après le fin de l'injection
pour rendre nos chiffres
100. comme représentant
ments du cœur avant tou-
avons obtenu ainsi le tab-

Chloral (14 anim.)
Pression. Poids.

Avant l'injection	100	100
Après la fin de l'injection. .	85.8	93.2
20' après la fin de l'injection.	83.6	91.2

D'une façon générale.
dose somnifère, le chlora-

ortions plus considérables que ne le font
st l'hédonal. C'est, du reste, pour ces
nents, le résultat qu'avaient enregistré
Lojoucharoff.

EXPÉRIENCES SUR LE CHIEN.

Remarques préliminaires.

cette seconde série d'études nous nous
ertain nombre de difficultés.
e voir, il nous a été impossible d'utiliser,

nifère, et, par la suite, nous avons reconnu
de la dose anesthésique, ne peut être
portée au kilogr. d'animal. L'équivalent
re, anesthésique) est ici variable, selon
le caractère du chien. De même que
t nerveux consomme des quantités consi-
me ou d'éther avant de tomber dans le
chien, dans des conditions psychiques
l'action somnifère ou anesthésique du
reçu, de ce poison, des doses bien supé-
ées par ceux de ses congénères qui jouis-
us confiant, plus pacifique. Sur 31 chiens
le chloral, les équivalents s'échelonnent
. 55 par kilos. Trois animaux de même
olution à 2 ‰, à une vitesse identique,
thésier l'un 0 gr. 17, l'autre 0 gr. 32, le
chloral.

us a paru qu'il nous suffirait de fixer
n individu donné, la dose du médicament
aire dormir; puis, un certain nombre de
ndre ce même animal, et de recueillir,
ou en lui injectant, dans la même veine,
ait être somnifère à son égard. Nous
reconnaitre qu'il n'y avait rien à espérer
al qui, simplement attaché sur le ventre,
nt après injection d'une dose donnée de
plus aller au sommeil, malgré les caresses
es, lorsque c'était, immobilisé sur le dos,

et sa carotide en continuité
la même dose du somnifère :

Nous avons dès lors renou
purement somnifère ; et, po
qui nous permet d'obtenir d
poussé l'injection jusqu'à dis
nous nous sommes résolus à l
le même animal. Chez chacu
qué, premièrement une nar
une narcose tantôt par le do
par l'isopral ; parfois, et su
somnifères.

En opérant rapidement, l'
faire sans réelle souffrance
ration qui consiste à cherche
y placer la canule du kymo
veine superficielle pour l'inj
montre infiniment moins dou
l'inhalation des vapeurs d'éth
voque d'emblée des mouvem
lutte prolongée. Il n'est pas
sache échapper aux idées p
lapin, ne connaisse cette i
par injection vasculaire, co
tion. Il n'y a rien là d'éto
qui regarde le chien : la fine
animal lui fait, sans doute,
chloroforme, une souffrance
qu'une lumière trop vive im
d'une sensibilité spéciale et
par une sensibilité général
dont se plaignent volontiers
et qui leur fait pousser des c
arrive que l'on doive réitér
chez le chien que chez eux. I
l'animal a subi fréquemme
venons de parler, moins elle
périmentales varient donc,
l'autre. Il en résulte que le s
d'autant plus facilement q
mière épreuve. Ceci nous a

iel nous procédions, tantôt au chloral, tantôt désirions lui comparer, afin d'éliminer, par aines causes d'erreurs.

urs de nos expériences préliminaires, nous à reconnaître que l'appareil circulatoire de ormalement sensible au chloral après qu'il ssionné une première fois; et ceci pendant i qui dépassait de beaucoup celui nécessaire la destruction de ce corps. Nous avons donc t, à nos animaux, au moins quinze jours de xpériences.

tion de l'appareil cardiovasculaire au chloral is analogues, sensibilisation que l'on rapporte niques qu'ils produisent, rappelle celle sem- ribue au chloroforme. C'est un phénomène -être qu'il n'a paru et dont nous pensons à

Remarquons, dès maintenant, qu'il est cer- s dont il donne l'explication.

anthèmes dus au chloral, il en est un qui est t vasomotrice : nous voulons parler de cette i qui se limite à la zone de l'érythème pud- it se produire chez certains malades chroni- és. Cette congestion cervico-faciale s'accom- it de vasodilatation cérébrale, car, au cours thémateuse, laquelle se montre en général rès l'ingestion de vin ou de café noir chaud. e malade succomber à une somnolence invin- ans un état d'obnubilation sensorielle et psy- Or, répétons-le, ce phénomène de paralysie att pas dès les premières doses administrées.

usage prolongé du chloral qu'on le voit se rtains individus; comme si la vasodilatation effets du médicament, se produisait de plus sous l'influence d'assauts répétés.

a un cerveau qui résiste mieux au chloral que sobre; par contre il semble que son cœur y On note dans les traités de thérapeutique et e, chez lui, l'usage du chloral offre certains ns que, pour qu'il dorme, il lui faut prescrire médicament plus fortes que celles habituelles, urs, les accidents d'intoxication surviennent

: quantité
 se super
 moins for
 cette so
 offensive
 buveur.
 rmi les
 chez l'hon
 : injection
 , parfaite
 t état. l'
 de 1 gr.
 de rage).
 le la resp
 e, profon
 tion extr
 ures : « I
 t stertore
 et faible
 environ
 ». Maye
 me; mais
 ue l'expéi
 tique est
 e la conc
 chez le ch
 prochées,
 paru tout
 retenir,
 tique ap
 oique rare
 it, voyons
 es chez l
 'exposer
 tait faite
 une vite
 c. par m
 ant le poi

Cependant ce ralentissement n'est pas la syncope primitive chloral, mais un réflexe partant de l'endocard, des mités intracardiaques du vague, certain que l'atropine supprime, empêchant la flexion de la courbe, l'injection brusque du chloral donne une courbe est complexe sans doute. Et si, à l'œil le cœur pendant que l'écrit, on constate qu'il ne s'arrête point aussitôt, on voudrait un réflexe. Mais il est en question; qu'il nous suffise de rappeler le premier, que le cœur ne tarde pas à se faire offensante du poison. Retenons le ralentissement et chute de pression artérielle, ainsi que le démontre, non seulement nous venons de rapporter, mais encore

2^e Période. — Après la première période survient une élévation de la pression artérielle, d'après la pression artérielle, et aussi, cette élévation de pression artérielle, serait due, selon lui, à la contraction avec laquelle le sang circule dans les artères. L'hémodynamographe a, entre autres, démontré le ralentissement de la circulation périphérique.

Considérant nos tracés, nous voyons que la chute temporaire peut faire défaut, elle ne ramène pas la pression artérielle à son état primitif, tandis qu'il advient qu'elle dépasse. Nous nous étions donc en relation inverse avec la pression artérielle du corps étudié; certains auteurs ont émis l'hypothèse que nous n'avons pas ici, mais ici règne la fantaisie la plus comode, d'emblée la pression, tandis que le chloral, après un léger abaissement de la pression artérielle, au contraire, sans abaissement pro-

¹ TROQUART. Contribution à l'étude sur la circulation et la respiration, *Thèse de Lyon*.

² ARLOING. Recherches expérimentales sur la réforme et de l'éther, *Thèse de Lyon*.

manomètre, alors que le chloral le fait chuter. La période d'ascension répond régulièrement aux oscillations que présente l'animal, excitation indiquée sur la forme des oscillations respiratoires de la fréquence du pouls, ou encore par une poussée qui, bientôt, s'atténue, pour s'accroître de ce que nous allons le voir, mais alors sous une autre forme.

La pression dont nous donnons ici les représentations (fig. I), nous paraît donc accompagner la

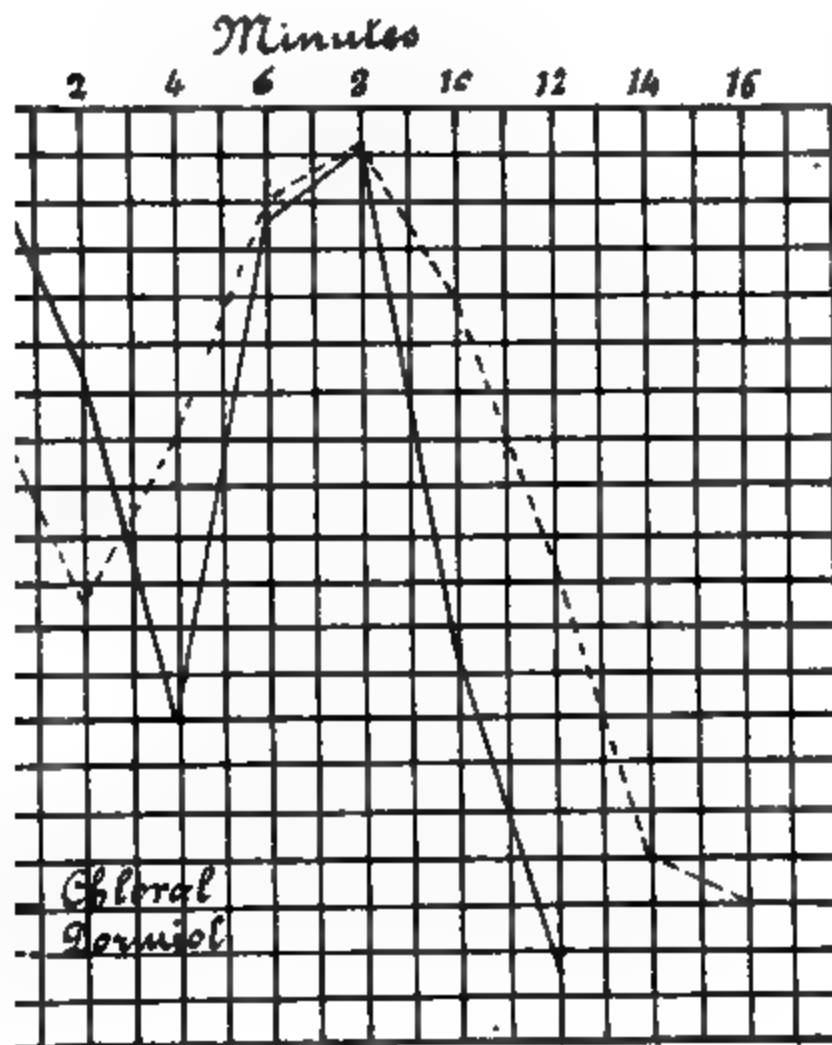


FIG. 1.

tion du chloral ou de ses succédanés, période même, qui ne la réalise que dans certaines circonstances (état névropathique, intoxication alcoolique ; période très manifeste, au contraire chez normaux, et apparaissant souvent, comme chez le chloroforme, après un état de demi-somno-

lence, ou d'apaisement primitif, des mouvements de défense, des sursauts ou incessants. Elles s'accroissent avec l'accélération du pouls qui n'a lieu que lorsque l'animal se calme et, dès lors, la diminution graduelle de la pression artérielle, après cessation de l'injection commencera à rétrograder.

3^e Période. — L'abaissement de la pression artérielle, dans la troisième période est, pour la plupart des animaux, la tachycardie ; Arloing l'a démontré. Partiellement aussi, il peut provenir de causes moins vigoureuses. Mais, au lieu d'être absolue, cette diminution n'est que relative, et, en même temps, elle est accompagnée d'une chute de la pression artérielle, que le pouls, qui, une fois le calme est rétabli, reprend une rapidité normale.

Cette accélération du cœur est connue dès longtemps. Arloing l'a observée chez certains de ses chiens, pendant la pleine accélération cardiaque. Elle est aussi observée chez nos chiens. Cependant, chez les chiens, le ralentissement du pouls commence aussitôt que la tachycardie cesse.

Cette tachycardie, sa cause est plus, comme celle de tout à l'heure, la stimulation psychique de l'animal ; à mesure que l'animal se calme graduellement croissant de la respiration, et, bientôt, de la circulation. Que dans un état de torpeur ou de léthargie central, il puisse être qu'un excitateur du cœur, c'est ce qu'on a vu chez les chiens. Aussi cette tachycardie a-t-elle été observée chez les chiens. Elle est due à l'atténuation, puis à la suppression de l'influence qu'exerce le spinal sur le cœur. On a vu, chez le chien chloralisé, la paralysie de ce nerf produire une tachycardie. Porter sur sa portion intracranienne le chloral, Vulpian le prouve. Cet expérimentateur a vu un chien profondément endormi par le chloral, la section du pneumogastrique au cou produisant, après l'arrêt définitif des

montrer qu'il arrivait toujours un moment où le centre bulbaire. Sa démonstration de tachycardie qu'a vu survenir chez le chien, et que nous retrouvons dans la démonstration supérieure à cet instant, à un moment où il ne peut être qu'un véritable accélérateur. Aussi, par exclusion, jusqu'à présent, admis comme favorable à l'hypothèse, c'est l'absence du phénomène chez le chien, du tonus habituel du vague, qui ne peut démontrer directement le bien ou le mal. Or si, avant de l'endormir le chien, et dans une veine, une quantité de 10 centièmes à deux dixièmes de centigramme (à 1 ⁰⁰/100) et qu'après avoir constaté le ralentissement très net de la fréquence, à la suite d'une injection de chloral, on observe une accélération nette du cœur, l'adrénaline agit au lieu du ralentissement de la fréquence, avec l'élévation de tension, une arythmie, quelquefois même de l'arythmie ; quelquefois accès de folie cardiaque. Très rarement, mais il peut se produire, pendant l'anesthésie, à peine perceptible. En un moment où l'on s'est adressé à un cœur qui est très notablement affaibli, l'adrénaline nous est donc donnée, ici, de la même façon que la démonstration qui n'avait été admise que par certains que, au cours de la démonstration constatée est bien due à la stimulation du centre du spinal.

Il nous faut ajouter incidemment que nous avons rencontré chez l'homme aussi bien que chez le chien, et nous en rendons compte en consultant la thèse de Choquet¹, lequel

du chloral comme anesthésique chir

ait la voie gastrique. De ces observations il semble en outre, que chez l'homme, la tachycardie qui coïncide avec la période d'excitation est plus marquée encore que la période de narcose.

Nous espérons que l'expérience de l'injection d'adrénaline nous donnerait un procédé nouveau pour apprécier la nocivité de nos médicaments à l'égard de l'appareil nerveux du cœur. En effet, il nous avait paru que, dans la plupart des cas, l'adrénaline accélérail le cœur plus que ne le faisaient le dormiol ou l'hédonal; nous supposions donc qu'il atteignait plus profondément le centre bulbaire modérateur. Nous avons pensé alors à comparer l'effet de l'adrénaline avec le dormiol et l'hédonal, l'expérience telle que nous venons de la décrire au sujet du chloral, nous reconnûmes que les deux premiers médicaments, même dans le sommeil profond, ne diminuaient pas autant que le chloral la sensibilité du noyau du spinal à l'adrénaline. Il nous paraît que tel est le cas, mais, ici, il est plus difficile encore de saisir les variations dues à l'individualité. L'expérience comporte, en outre, d'autres causes d'erreur, et, somme toute, nous reconnûmes que nous n'avions pas, entre les mains, un procédé expérimental assez rigoureux pour en obtenir des renseignements utiles et sûrs.

Phénomène de l'accélération cardiaque chloralique, et les conditions dans lesquelles nous l'avons vu se produire, suggèrent quelques déductions cliniques intéressantes.

On voit que lorsque l'on procède à l'injection avec quelque dose de chloral, la narcose survient soit en pleine accélération, soit lorsque l'accélération a commencé à diminuer, soit, dans la règle, et dans les conditions expérimentales que nous avons adoptées, le pouls de l'animal chloralisé est au moment de l'anesthésie totale. Ceci amène à penser que, lorsque la narcose s'installe, le cœur n'est point affaibli. Cet affaiblissement de la contractibilité cardiaque, qui, chez l'homme, se traduit par un ralentissement du cœur, ne se produit que lorsque l'on continue l'injection, par un ralentissement secondaire, celui-ci, ne cède ni à la section des vagues, ni à la stimulation vagale. Du reste l'expérience de Vulpian, l'arrêt ou même définitif du cœur chloralisé sous l'influence de la stimulation du pneumogastrique, ne peut s'expliquer que par un affaiblissement de l'appareil excitateur devenu incapable de maintenir en marche l'organe central de la circulation. Mais,

je le répète, l'on peut, en procédant avec lenteur, produire une narcose sans affaiblissement notable du cœur, l'abaissement de la pression sanguine ressortissant alors presque entièrement à la paralysie vasculaire.

L'on pourrait se demander dès lors si, en thérapeutique, le chloral est bien aussi nocif qu'on l'a dit. Car, remarquons-le, lorsque nous l'administrons, c'est par la bouche ou le rectum ; nous le faisons donc pénétrer lentement, graduellement, dans la circulation, plus lentement encore que ce n'est le cas dans notre expérience. Puis nous l'employons comme somnifère, bien rarement, et seulement dans des circonstances exceptionnellement graves, comme modérateur de la réflectivité. Mais d'autre part il nous faut nous rappeler que la parésie vasomotrice, qui précède de si loin le ralentissement du pouls, n'est point, au cours d'une maladie aiguë ou chronique, un élément négligeable ; et surtout que ce n'est pas pour le cœur sain de l'adulte que nous redoutons les effets du chloral, mais bien pour celui du vieillard ou du débilité, du cardiaque ou de l'infecté. Or ceux de nos chiens dont le cœur ne possédait pas sa résistance normale, ont parfaitement succombé à l'action de nos médicaments, bien que la méthode expérimentale ait été la même que pour ceux qui ont vaillamment résisté.

4^e Période. — Reprenons maintenant notre description des effets du chloral. Aussitôt l'injection arrêtée, l'on voit la courbe se relever à peu de chose près, symétriquement, à la façon dont elle s'est abaissée graduellement dans la 3^e période, plus lentement néanmoins dans la plupart des cas. Avec le chloral, en tous cas, au moment où réapparaît le réflexe cornéen, la pression, dans la règle, n'est point remontée à la normale, c'est-à-dire au chiffre de millimètres de mercure qu'elle représentait au début de l'injection. Nous verrons qu'il n'en est pas de même avec l'hédonal.

Simultanément à ce relèvement de la courbe, l'on voit se dessiner une tachycardie de retour, supérieure parfois, en importance, à celle qui caractérise la période de narcose complète. Elle est due, évidemment, à la désintoxication de l'appareil accélérateur qui subit une excitation peut-être plus considérable que celle provoquée par l'arrivée du poison. Cette accélération n'est nullement en rapport avec une excitation psychique, non que celle-ci soit absente de la symptomatologie du réveil chloralique : au cours d'expériences destinées à fixer

la dose somnifère pour le chien, nous avons pu voir nos animaux délirer au sortir de leur sommeil, et cela d'une façon aisée à constater, puisque, considérant l'expérience comme terminée avec le réveil, nous avons délié l'animal. C'est alors que, avant l'entier retour de la conscience, nous avons vu nos chiens partir à la course à travers le laboratoire, tourner sans but en suivant les murs de la salle, ignorants des obstacles, ou ne les percevant qu'incomplètement.

Mais les animaux dont nous suivons le tracé, n'étaient point, dans l'instant que nous considérons, en état de délire. Déliés, ils demeuraient, longtemps encore, plongés dans un sommeil profond. D'ailleurs nous devons ajouter que le phénomène d'accélération de retour n'est point toujours, comme celui du début de la narcose, coïncidant avec un état d'énergie normale du cœur. Il arrive, en effet, que l'on voie, dans cette période, survenir des accidents inquiétants, mortels même, que l'on peut conjurer parfois, mais non toujours, au moyen d'une thérapeutique appropriée. Ces accidents, sur lesquels nous reviendrons, rappellent ceux que l'on a observés chez certains chloroformés au moment où ils semblaient près de s'éveiller, après même qu'ils avaient prononcé quelques mots. Troquart l'avait indiqué déjà : le cœur de l'animal chloralisé à mort, comme celui du malade soumis au chloroforme, ne s'arrête pas toujours en ralentissement graduel, mais aussi en folie cardiaque survenant brusquement.

Et maintenant si nous considérons les tracés obtenus avec le dormiol, l'hédonal, l'isopral, comparativement à ceux du chloral, nous remarquons que, d'une part, ils affectent la même forme générale tandis que, d'autre part, ils en diffèrent par certains détails. Toutefois ces différences sont plus nettes pour l'hédonal et l'isopral que pour le dormiol, ce qui se comprend, du reste, en raison de leur constitution chimique.

B. — Le dormiol

Le dormiol donne un tracé très superposable, quant à sa forme, à celui du chloral. Cependant, si la courbe des pressions s'abaisse plus fortement avec le chloral, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, le relèvement qui suit l'arrêt de l'injection se fait, par contre, moins complètement avec le dormiol. Les deux tracés ne sont plus parallèles dans cette seconde partie

adent vers un point commun, il
 ourbes finissent par se couper a
 omme nous le verrons plus tard, le
 entre elles, d'une façon plus nota
 ition du réflexe qu'à celui de sa r

C. — *L'hédonal*

al se caractérisent par la soudaine
 oudaineté que nous avons déjà noté
 meil chez le lapin.

fois d'emblée, parfois après une élé
 a, la courbe s'infléchit rapidemen
 s cessation de l'injection, à un mi
 ent nouveau et presque symétriqu
 en sorte que l'on a devant les ye
 as ou moins irrégulière. Mais air
 haut, la pression, au réveil de l'a
 beaucoup, son chiffre initial.

ontre, en représentation graphiq
 des tracés de pression obtenus
 l'hédonal. — Il faut observer cep
 pareils graphiques dans le texte et
 eloppement suffisant, et que, de
 pression a l'apparence d'être infi
 est en réalité.

D. — *L'isopral*

al est plus allongée, mais le relè
 quelque sorte, à l'abaissement. A
 du réflexe cornéen est particuliè
 ent où le réveil se produit, la p
 au-dessus de la normale. On p
 cité même de la réapparition de
 is en continuant encore à suivre l
 a été notée la réapparition du réf
 espondrait, en temps inscrit, au m
 issé reparaitre ce même réflexe, o
 st encore inférieure à la normale.

La figure 3 nous montre les di
que l'on peut observer entre les tr

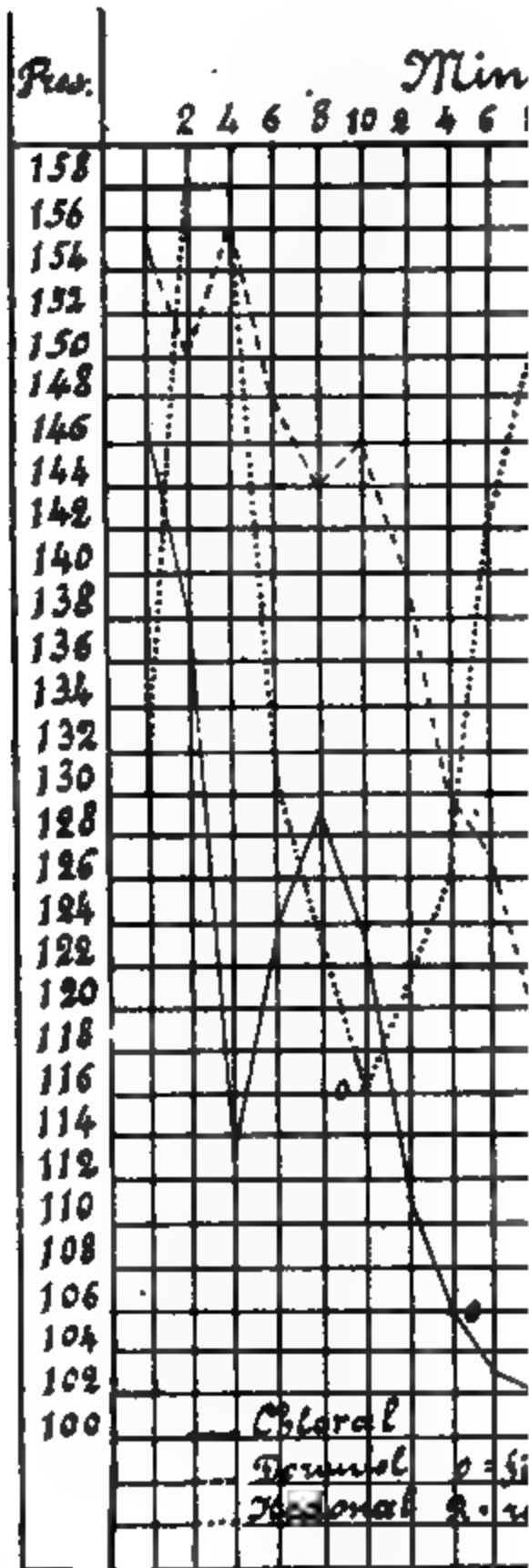


FIG. 2

chez le même animal avec le chlo
l'autre.

vision des différents éléments de ces tracés

ans la forme des courbes de la pression,
nt à la nocivité relative des substances que

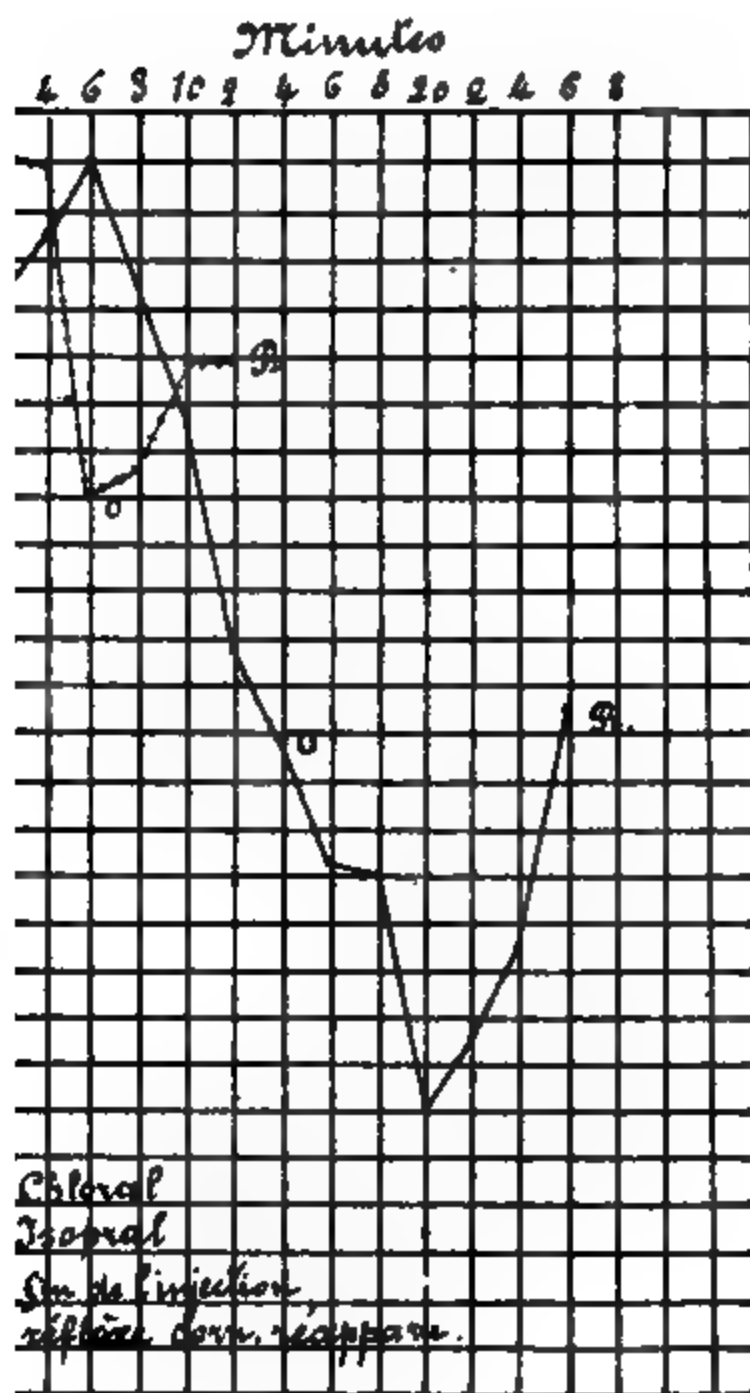


FIG. 3.

d, la soudaineté de l'action de l'hédonal
mais il s'agit ici d'un phénomène d'impor-
uisque le mode d'administration de ce corps
a faible solubilité, mettent à l'abri d'une
semblable. D'ailleurs le relèvement tout

nit de la courbe, après
 impression se produ
 l'appareil cardiovasc
 ce de l'hédonal, se
 se de recevoir le poi
 éveil des centres ner
 , il n'en est pas de m
 puisque la pression i
 strange, bien qu'il ne
 ons faire observer q
 à l'action de l'hédo
 ix détails de son mé
 'agent exclusif? Soit
 à la fois? Il ne faut
 lyse plus intime du
 t très inférieur à l'h

- *Appréciation numé
 des quatre m*

fets, obtenus chez
 rt, et les nouveaux
 ant ce qu'ils nous en
 éciant numériqueme
 core nous avons re
 par trois notations
 la valeur de la pre
 e indiquant ce que
 es aussitôt après la
 e recueillie au mon
 onné le mode d'ex
 nous donnons les ré
 animal. Nous aurons
 nparaison, avec le
 x.

men, même superfici
 e que ces trois somn
 des vaisseaux, une ac
 e du chloral. Et si l'
 que l'on constate :

. — *Dormiol.*

Al.		Chloral.	
Pouls.		Pression.	Pouls.
100	2	100	100
218.9		67.3	107.5
283.9		70.6	123.6
100	4	100	100
149		59	155.4
142		66.2	191.5
100	6	100	100
154		81.4	140
164		90.3	156
100	8	100	100
370		84.4	323
425		94.5	347.4
100	10	100	100
152		69.45	236
156.4		78	263
100	12	100	100
128		70	193.4
131.7		69	198
100	14	100	100
120.5		81.5	233
180		107.5	247.4
100	16	100	100
95		70.6	202.4
115		77.8	296.4
100	18	100	100
230		42	49
		Mort.	

a forme de sa courbe
en proche parent du chl

ratifs, il nous faut dis
ours d'expérience. L'ur

l'action du dormiol, l'autre à celement par conséquent, une infé par rapport à l'autre.

Des 16 restants, 10 seulement veux dire que, chez dix animaux ment où disparaissait le réflexe abaissée par le dormiol que par font exception à la règle. Au pre qu'il n'y eût pas grande différen mais, tandis que le groupe des d il n'en est pas de même des six c En effet, chez trois de ces animal le dormiol et le chloral sont trop dans le débat ; ce sont, en fait, t

Restent trois chiens chez lesqu sion plus que le chloral ; mais ce que nous montrent les 10 tracés

Pour nous en rendre compte, i cun de nos 16 tracés, l'importan en moins, entre l'abaissement d miol. Nous obtenons ainsi le tabl rangeons nos résultats par ordre

a. — *Cas*

1. Le chloral a, par rapport au dormiol			
2. —	—	—	—
3. —	—	—	—
4. —	—	—	—
5. —	—	—	—
6. —	—	—	—
7. —	—	—	—
8. —	—	—	—
9. —	—	—	—
10. —	—	—	—

b. — *Cas in*

11. Le dormiol a, par rapport au chloral			
12. —	—	—	—
13. —	—	—	—

c. — *Cas*

14. Le dormiol a, par rapport au chloral			
15. —	—	—	—
16. —	—	—	—

Les trois derniers cas (type inverse) représentent à peu chose près, comme nous le voyons, les symétriques des derniers de la série a. Et dans les six premiers cas de cette série le chloral a donné un abaissement considérable par rapport à celui déterminé par le dormiol.

Enfin une autre comparaison peut être tentée. En admettant arbitrairement qu'un abaissement de 25 % de la pression normale représente une limite qu'il serait préférable de ne pas dépasser, au cours de l'administration de nos anesthésiques, peut examiner chez combien d'animaux, soit le chloral, le dormiol ont amené une dépression supérieure à ce chiffre en prenant la totalité de nos 16 cas, l'on découvre que :

Le chloral a abaissé la pression de plus du quart dans 10

Le dormiol — — — — — 5

En résumé nous acquérons, par ces diverses considérations la certitude que le dormiol est moins offensant pour l'appareil cardiovasculaire que ne l'est le chloral.

B. — Hédonal.

Chloral.		Hédonal.		Chloral.		Hédonal.	
Pression	Pulsat.	Pression	Pulsat.	Pression	Pulsat.	Pression	Pulsat.
100	100	100	100	100	100	100	100
59.5	148.7	87.5	148.9	70	193.5	95.4	148.9
71.6	194.9	113.4	150.4	69	198	118	150.4
100	100	100	100	100	100	100	100
56	125	77	101	58.8	108	74.8	101
56	136.8	79	104	87	237	113	104
100	100	100	100	100	100	100	100
65	212	81.6	241.5	66	149	80	241.5
71	216	102.6	226.8	63	151	89	226.8
100	100	100	100	100	100	100	100
91	273	101.5	154	81	140	91	154
106	307	109	157	90	156	109	157
100	100	100	100	100	100	100	100
67.7	158.6	75.4	167	89	198	96	167
72.6	335.7	112	200	97	231	104.6	200
100	100	100	100	100	100	100	100
81.5	233	81.8	177	81	140	91	177
107	247.6	90	163	90	156	109	163

se indiquant la différence importants (27, remarquons que, sur les quels, au retour à la normale avec le chloral. M

chloral..... 1
hédonal..... 1

ant notre limite ar
al, le même calcul q
ons que chez les ar
la pression de plus

quer que les animaux
son du fait que nous
ni, chez des chiens
ience se prolonger p
ici plus d'importan
aux chez lesquels
chloral étaient ma
on de cette différen
endre comme limite
e 30 %. nous obten
a pression de 30 %.

manifeste que l'hédonal

tracé qu'il nous donne
dépression cardio-vasc
réquence d'abaisser

C. — Isopral.

Isopral.		Press
on	Pouls	
100	2	100
182		65
182.6		67

Chloral.		Isopral.		Chloral.		Isopral.	
Pression	Pouls	Pression	Pouls	Pression	Pouls	Pression	Pouls
3 { 100	100	100	100	4 { 100	100	100	100
63.6	158	80	144	58.9	159.4	67.5	174.3
61	179	89	154(?)	69.9	138.3	89.5	171.4
5 { 100	100	100	100	6 { 100	100	100	100
59.7	108.2	67	118.6	79.4	223	85.1	135.6
61	113	77.2	143.4	104	217	90.5	113.6
7 { 100	100	100	100	8 { 100	100	100	100
69.1	143	75.6	160	64.8	212	70.9	147.9
70.7	143	87.2	159	68.9	245	82.3	150.9
9 { 100	100	100	100	10 { 100	100	100	100
85.5	138.1	90	224.3	86.2	194	83.3	159
91.3	247.3	100	178.5	95.8	230.7	100	177
11 { 100	100	100	100	12 {		100	100
67.5	269	70.6	170			83.3	116.1
67.5	269	76.5	151			85	130

Mort dans la nuit.

Avec l'isopral, nous nous trouvons vis-à-vis d'un corps qui présente une nocivité moindre que celle attribuable au chloral et même au dormiol. En effet des douze chiens qui ont servi à cette étude, un seul a succombé dans des conditions telles que nous ne pouvons affirmer que son décès puisse être attribué au médicament. Chez tous les autres, sauf un, le tracé est typique : l'isopral n'a abaissé la pression plus que ne l'a fait le chloral que dans un seul cas. Il est vrai que les différences sont en général moins accentuées avec l'isopral qu'avec les autres substances. Le calcul nous donne en effet :

1. Le chloral a, par rapport à l'isopral, abaissé la pression de 27 % en plus.
2. — — — — — 20 % —
3. — — — — — 16.5 % —
4. — — — — — 8 % —
5. — — — — — 7 % —
6. — — — — — 6.5 % —
7. — — — — — 6 % —
8. — — — — — 5.5 % —
9. — — — — — 4.5 % —
10. — — — — — 3 % —
11. L'isopral a, par rapport au chloral, abaissé la pression de 3 % en plus.

notre limite arbitraire de
e groupe :

la pression de plus du quar-

es animaux a été très varia-
importance il faut lui attri-

8 THÉRAPEUTIQUES. — CONCO

arative nous pouvons dédu-
thérapeutique. Tout d'abo-
sommifères du groupe chlor-
à l'égard du cœur et des v

Chloral,
Dormiol,
Hédonal,
} Isopral.

'isopral il nous serait diffi-
us l'avons établi, bien que
à croire l'hédonal moins
ir, une fois que l'on en vien-
onclusion est plus facile.

ander si, pour apprécier la
ments, il ne faudrait pas fai-
l'on appelle la zone mania-
la différence entre la dose
le côté que nous voyons dé-
bres, par Impens et qui a
de Frey ' pour lequel la
re semble sans grand inté-
l, qu'une seule expérience
série qu'il a examinée : dor-

able, appréciée chez le lapin
eignement sérieux quant à
ait vouloir conclure directem-

rkung einiger gechlorter Alkohol-
, 1901, Vol. XIII, p. 443.

mal à l'homme, procédé qui est légitime. L'observation nous montre, toutes proportions gardées, que l'homme est plus sensible que l'animal. C'est proprement dit ce qui a donné lieu à l'introduction en thérapeutique humaine (50 ctgr.) que Dreser, qui supposait devoir être suffisante pour l'homme, s'est trouvée, dans l'animal, d'un coup trop faible. Il est donc très ferme du fait que la zone motrice est plus étendue chez l'animal que chez l'homme. Il pourrait arriver que, d'un côté, chez le lapin, le corps fût plus sensible à l'animal que pour l'être humain.

Il n'est guère plus facile de faire un travail expérimental récent en ce qui concerne l'idée de mesurer la valeur du corps dont nous nous occupons. On a fait une expérience psychomotrice du chien. Ce travail est d'un grand intérêt. Parmi les résultats que nous rencontrons un fait qui est très intéressant : nous disions tout-à-l'heure que l'uréthane, si, chez l'animal, les membres en excès sont plus sensibles à un courant faradique obtenu par des bobines l'une de l'autre, il faut une plus grande intensité pour obtenir une réaction chez l'animal chloralisé, tandis qu'avec des bobines de plus en plus rapprochées les bobines de plus en plus rapprochées les mouvements dans les muscles sont plus faciles à obtenir.

D'après l'auteur que nous venons de citer, les bobines seraient d'énergie égale et les courants seraient de même intensité, ce qui ne paraît pas d'accord avec les faits jusqu'à présent. Mais il faut attendre le détail de ces expériences ; et, chez le chien, la zone motrice est plus étendue que chez l'homme.

¹ J.-E. PETSCHNIKOFF. Quelques observations sur l'action des substances somnifères. *Revue de médecine*, 1904, n° 27.

u, une cause d'erreur importante si elle a été évitée ici.

nous rencontrons des données com de ces divers somnifères sur le co périences n'ont porté que sur le e est souvent fort important de pouv s causes qui ont produit un effet de pareil cardiovasculaire, se servir e mode de recherche, utilisé exclus aucune notion directement applicab diocres conditions, Petschnikoff ra dans l'ordre suivant en allant des j reux : *urét'iane*, *véronal*, *paraldéhy*

L'hédonal serait à peine moins lis que l'isopral serait plus dangere véronal est fort admissible ; mais une substance de qualités pharmacc

e entre nos résultats et ceux de F facilement par la défectuosité du choisi pour apprécier les effets car qu'il a étudiés. Nous nous en ten nous considérons comme applicab ue les effets du chloral, chez lui t à ceux que nous voyons chez nos ique nous montre des effets excita cidents, tous de même ordre que c éperimentation. Celle-ci nous indic ccédanés que nous avons étudiés d omatique, qui ne diffère que par avec le remède ancien.

uances que nous pourrons prévoir e chacun de nos trois médicame ce sont bien les résultats obtenus a nous considérons, alors que nous les eur, qui sont les plus instructifs. C sions dernières, nous nous appuyer ultats que nous avons obtenus che

pouvons admettre, d'après nos recl isopral sont moins nocifs que le chlo

Quant au dormio
nier pour qu'il y

D'autre part, p
rence, quoique in
qu'il faille rempla
nal. La facilité d
régulière chez un
parce que nous l
l'avantage. Mais
trouve en face d
manque de résista
d'essence chroniq
tielle), soit par un
d'origine infectie
d'employer le chl

En pareil cas,
soient suffisants,
sommeil et qu'ils
aient encore cet
veiller à ne poi
trop longtemps. L
plus agréable à n
rieure, qui comm

Il pourra se fa
à dose modérée,
quée, en raison d
si l'on redoute ce
trouve avoir beso
au groupe pharn
d'une certaine p
sommeil, et en mé
tendre à l'exalter
alors il sera logiq

Tout à l'heure
avait pas encore j
à la supériorité
rapport à l'autre
l'hédonal qui, da
nous le ferait pré

Au premier abc
y réfléchisse cepe

que, administré à
coucher, et accom
feste ses effets après
.

e l'une des condit
fortes proportions l
ion rapide du pois
clusion, que malgr
ntres nerveux, en
able réseau capillai
et volatile tel que l'
mentale égale, dev
eutique que ne le se

énérales que nous j
s avons entreprise.
inquiétants ou mor
en outre, fourni qu
'avons pas cru devo
si nous paraissent n
lice.

NDICE

ons relever ici noi
rent exagérer la no
récautions qu'il faut
er dans les veines
que qui pourrait être
ables de provoquer
ation clinique, à e
des cas, que des re
de tel ou tel mé
é prolongée penda
effet, le nombre
avec tel ou tel de
le chloral et l'héd
ion vient de nous

au cours de nos exp
le fait de l'hédonal

du dormiol, trois ont succombé à mortalité paraît, au premier abord, faut pas oublier que nous procédons Chez l'homme, ce mode de faire qu Oré et au moyen duquel on avait t gicales, a été abandonné, en raison provoquait. Il faut observer, toutes employées alors, était beaucoup d'injection était trop brusque. De avoir fait remarquer les erreurs et il écrit sa revue sur le chloral, ajoute la solution employée ne devrait pas encore un titre beaucoup trop fort le fit Oré, des doses de 4 à 10 gr. d' avec une grande lenteur. Nous ne redouteraient d'une façon absolue veines de l'homme. Il est telles cir par la strychnine, commencement aigu, ou même de certains cas d'éc interviendrions volontiers par ce d'excellents conseils sur la manière pareille occurrence, ajoute à cette rante et la rage, puis certains cas soulagées par la morphine et, enfin et menaçant.

Vis à vis du délirium, c'est-à-dire est anormalement sensibilisé à l'ég qu'il est mieux de rejeter un proc cament qui porte à son maximum s Et quant aux cas de douleurs intol point être exposé à répéter les inje bref intervalle, car l'on s'exposer Mayet lui-même a rapporté un exe avons relaté plus haut.

Appuyés sur nos expériences nous la solution isotonique au titre de pousser l'injection avec une extré d'éviter la syncope primitive, la v serait suffisante, l'injection étant fa

¹ MAYET, Loc. cit.

nt de la jambe. Puis cette vitesse pourrait
ques minutes, toujours avec une surveil-
ils. La lenteur de l'injection a, en soi, une
l'injection lente et régulière du chloral
été de règle dans nos expériences, l'anes-
ment notable du cœur, qui reste énergique
une vitesse plus considérable peut faire
cardiaques avant même que la réflexivité
lents nous les avons constatés avec le
e cas suivant amené la mort chez un de
une injection d'hédonal :

Il s'étaient déjà montrés des signes de faiblesse
tion de chloral, avait, par erreur, été repris au
nt et, de plus, avait reçu la solution à une
ute, ce qui, vu son poids (3850 gr.), était beau-
minutes après le début de l'expérience, l'arrêt de
précédant de peu celui du cœur. Respiration

tats des expériences que nous rappelons
clatante de l'ancien précepte des chloro-
r par des doses infimes (pour éviter la
continuer par des doses modérées et égales
ents secondaires).

Il faut recommander la *régularité* dans le
el on pousse l'injection. L'accélération
ment est capable de produire des acci-
: lorsqu'elle n'est que modérée et sans
re, nous en avons été témoins, d'amener
par troubles quasi simultanés de la res-
lation, alors même que l'anesthésie n'est
Ces accidents sont très instructifs, non
qui regarde la technique de l'injection
ral chez l'homme, mais encore par rap-
esthésie chloroformique. Car, tandis que
dernes pour l'administration du chloro-
viter les accidents qui pourraient résulter
u titre du mélange gazeux, ils ne peuvent
roviennent de l'augmentation de rapidité
u poison, laquelle, dans l'espèce, est due
respiration.

tement la raison de la re

ncé est -lui aussi une c
as de mort par l'hédonal.

gr. A l'auscultation préalable
, bien qu'il n'y ait pas de sou
pe respiratoire fait arrêter l'
on recommence à injecter la
la pression baisser d'une faco
nt d'amplitude, on cesse cette
e encore, affaibli. Presque a
eur. La respiration artificielle
on de strychnine (3 millig.)
à 1 00/00 (1/2 cc: chaque fo

est venu s'ajouter une c
uve très souvent à l'orig
urcharge graisseuse du ca
anatomique qu'auraient
auscultation.

animal l'emploi de deux
l cas. Une faible dose de str
pendant que l'on charg
ison de recherches alors c
à vérifier l'effet de cette

une réelle utilité. Mais enc
ces soient réalisées pour
dit avec raison : quelqu
nt, vis-à-vis l'un de l'a
x vomique, ils ne peuvent
pour l'autre des contre-poi
hnie absorbée est excès
opposer à la convulsion ; e
le utilité vis-à-vis des a
t l'action ultime de la str
le chloral met les jours e
e du centre respiratoire,
, le cœur, une fois attein
au moins importante, l'a
suffisante sur l'appareil

vasculaire pour vaincre, en toutes circonstances, les effets du narcotique. Nos animaux nous fournissent, à ce sujet, deux exemples caractéristiques :

Un chien de chasse de 14 kilos, qui avait supporté sans incident l'injection de dormiol, montre tout à coup, au cours de l'injection de chloral et avant la suppression du réflexe cornéen, une chute de pression inquiétante et de l'irrégularité du rythme cardiaque. Malgré l'interruption de l'injection, la respiration s'arrête, le cœur se ralentit extrêmement. L'injection de strychnine (14 milligr. en sol. à 2 ‰, injectée en deux fois), rappelle un instant la respiration et réaccélère un peu le cœur, mais bientôt l'une et l'autre s'arrêtent définitivement.

Un second cas, au contraire, nous montre les résultats favorables de la médication strychnique :

Un jeune chien de 25 kilos supporte, sans incident apparent, l'injection de chloral. L'anesthésie est obtenue régulièrement. Une fois l'injection arrêtée, les mouvements respiratoires font sentir, de plus en plus nettement, leur influence sur la pression sanguine, et tout semble marcher pour le mieux, lorsque, tout à coup, 3' 40" après que l'on a cessé d'injecter, le pouls devient très petit, rapide, en même temps que la pression baisse brusquement d'abord, puis graduellement. Bientôt, la respiration devient superficielle, puis s'arrête, tandis que le cœur s'irrégularise et s'affaiblit. Respiration artificielle ; injection intraveineuse de 1 cc. de sol. de sulfate de strychnine à 4 ‰ ; puis, l'état demeurant inquiétant, nouvelle injection de 1/2 cc. de la même solution. La respiration naturelle se rétablit et, presque aussitôt, reparaissent les réflexes. Le cœur reste très irrégulier ; néanmoins, l'animal se réveillant, on le panse et on le délie. Le lendemain, il est remis et, trois semaines après, on obtient avec lui un tracé d'isopral typique, sans aucun incident.

Ici, par conséquent, probablement parce que le cœur était moins fortement atteint, la strychnine a donné le résultat attendu.

Pour terminer ce qui a trait aux accidents que nous avons observés, disons que l'un de nos chiens, qui a succombé à l'hédonal, non seulement avait reçu la solution sous une vitesse un peu trop grande, mais encore avait été, par erreur, laissé à jeun. Or, il semble que cette circonstance contribue à diminuer la résistance du cœur. Nous n'en voulons point conclure, cela va sans dire, qu'il y ait lieu de laisser manger les sujets que l'on va endormir en vue d'une opération ; ce serait courir au-devant d'un danger certain pour avoir voulu en éviter un autre, encore problématique.

à mentionner le cas d'une chienne de
 six ans, vingt cinq jours auparavant, en-
 et avoir fourni un tracé typique de l'ac-
 tuel, succomba au cours de l'expérience
 sans que rien ait permis de s'expliquer
 C'est un reproche que, volontiers, l'on
 fait au chloroforme, d'avoir amené la mort dans
 une situation qui ne pouvait la faire redouter.

enportage et chorée

Infantile de la Charité à Berlin (Prof. HUBNER)

par le Dr L. BOISSONNAS

publiait l'observation d'un cas de chorée
atteint de rhumatisme blennorrhagique.
t cette observation à propos d'un second
able² ; cette fois-ci le patient, indemne de
ous antécédents rhumatismaux ou nerveux,
d'une blennorrhagie floride.

01 que Heubner* attire de nouveau l'attention étiologique de la blennorrhagie et de une nouvelle observation personnelle qui

., Fröblich * faisait connaître un cas observé
ue de Christiania.

Massanek *, de Buda-Pest publie la relation ée dans l'étiologie directe desquels se re- fectieuse ; dans l'un de ces cas c'est d'une

encore bien minime vient s'ajouter l'obs-
s publier ci-après.

communication, Litten admit déjà, avec rapport étiologique possible entre la blen-

Allen, 1886, p. 265.

is Ver. s. inner. Med, zu Berlin, XIV, p. 293.

Beitr. zur inn. Med., I, p. 117.

Kinderheilkunde, Bd IV, 1901, p. 337.

b. f. *Kinderheilkunde*, Bd. LVII, 1933, p. 79.

et la chorée,
n'étaient si
, par ses co
resque tous
gie parmi le
intéressant
du rhumat
isations.

es inflamma
me série d'
endocardite
Il convient
vec le rhum
e continuer
ons publiées
a pu être

Litten). — J'en
ais été malade
on de l'écoule
ulation métat
39° 5 pendant
leurs articula
che; dans les
du thorax et
rait à la point
ar tout le ster
cutanées mu
ivre et les mo
ment. Lorsqu
er achever sa
s de moyenne

Litten). — J
semaines pa
se jours après
eurs vives e
ou droit. Au
noitié du mé
mer et à saisi

et GALLOIS.

les membres.
 ce temps l'écl
 et deux moi
 assistait enc
 ement l'ai
 souffert d'ui

te fille de 9
 e de chorée. (
 temps, mais
 ie a débulé pa
 hôpital, du 24
 état était trè
 Père rhumat

lette de 4 an
 ginite à gono
 in un rhumat

- Petite tzig
 une forte vu
 soudaine de
 premiers mo
 e typique. La
 arents bien q
 itenses. Mort

publiés do
 le nôtre :

entrée dans l
 mort d'une m
 urs frères et
 yphilia ni tu
 e pauvre, not
 ron, première
 rler.

bitisme dans
 , quelques ai
 matisme ni de
 t, la mère ren
 a position co
 is. L'enfant se

gion vésicale. Les douleurs n'augmentent du ténésme urétral. La mère attribue l'répétés, et, comme il augmente, elle ar

A la polyclinique on constate, outre l mouvements choréiques. La mère attri manque d'éducation (*Ungezogenheit*) e en même temps que les taches. La nuit accès, de mouvements soudains, « com Jusqu'à présent pas de modification de gine dans ces derniers temps.

Status : Jeune fille grande, maigre 26 kil., 300. Aux deux jambes, plusieurs à gauche, plusieurs ganglions durs, de entre eux par un cordon induré.

Pas d'éczème ni d'exanthème. Circo dans les cheveux. Les incisives présen lunaires. La langue n'est pas chargée. . grosse que la gauche.

Poumons normaux.

La matité cardiaque s'étend en haut sième côte ; à droite jusque sur le pre quatrième espace intercostal, en deda nets. Pouls 102, régulier, tension nor

Organes abdominaux normaux. Urin

Organes génitaux : Vulve rouge, enf de mucosités blanchâtres contenant be

Motilité : Lorsque l'attention de l'e sont agités de mouvements involontair présentent ces mouvements à un degré ment tirée et la bouche exécute des m irrégulière, tantôt superficielle, tantôt peuvent être réprimés jusqu'à un certa tation psychique les rend plus accusés. essaye de toucher le nez avec le doigt ces mouvements sont nettement ataxiq

Pas de fièvre.

Traitement : Solution de Fowler, d' ment jusqu'à 50 gouttes. Irrigation de targol, puis introduction d'un tampon jour 0,25.

Le 9 septembre, second bruit pulmo à la pointe mal frappé. Pas de fièvre.

Le 26, mouvements choréiques rela dans les doigts et au coin de la bouche

Le 30, souffle systolique doux à la p faisant.

cardiaque difficile à percevoir. Gonorrhée statotargol deux fois par jour.

blement diminué, provenant maintenant uniquement choréiques légers dans les doigts et au

go contagiosa sur tout le visage.

re, en pressant sur l'urètre, une goutte qui commouvments choréiques, quoique très diminués, souffle systolique a complètement disparu.

de mouvements choréiques.

rie de l'hôpital. Etat général excellent. Poids kil. 800.

quelques observations, plusieurs points nous semblé dignes d'attirer l'attention.

e la maladie : dans tous les cas où l'aut sensiblement plus longue que celle des

77 observations, Heubner trouve pour la durée moyenne de 43,3 jours (maximum que le second malade de Litten, guérit urs environ après l'apparition des preêtre ne cesse de présenter des mouvements de 113 jours. Enfin, dans le cas publié la malade, entrée dans le service le 24 s successifs à l'hôpital pour n'en sortir 20 novembre de la même année ; encore amélioré ! Le cas de Massanek a une premier cas de Litten et le cas de Fröhlich de la guérison n'est pas indiquée, présentant des caractères d'une affection de longue durée.

cas, nous constatons la coexistence d'un agique. tantôt précédant, tantôt suivant ers symptômes de chorée. Dans deux cas rise très exactement, — le second cas de s'agissait cependant d'individus dans les on ne relève pas trace de rhumatisme pport entre le rhumatisme blennorragique origine est tout spécialement intéressant orts entre le rhumatisme articulaire aigu

est apparue une complication du côté du

cœur. Dans not
tolique, qui a d
malades de Lit
chez celle de M

Quant aux re
voyons que, da
réiques n'ont a
le second cas d
a duré très lon
des mouvement
llèle. Ce n'est q
les mouvements

En résumé, v
a lieu de faire
d'une maladie
ter de graves c

Dans les cas
l'absence de to
de pronostic de

La chorée b
rare ; dans le s
matiquement t
n'ont pas d'éc
Peut-être la g
la découverte d

S

Pr

35 membres pr
M. Sillig et M^{lle}

Le président ra
vacances, dont l'a
appréciée par ses
mémoire du défu

tion se fait avec une extrême lenteur.
Au bout de quelques semaines, on a une portion de sucre, et l'on apprend à parcourir le vignoble par petites quantités invraisemblables de retard à l'hôpital.

Peut-être s'agit-il ici d'individus intéressants de savoir si d'autres co-

Comme chacun le sait, le régime du diabète. Il est prudent de faire un travail fastidieux, pour peu qu'il serve aux confrères, aux malades à leur disposition un régime-type ont été publiés jusqu'ici, appliqués aux détails suivant les circonstances.

M. JANNIN présente un projet, qui indique dans une pyramide d'aliments, et dans deux colonnes les aliments permis et défendus. On aurait pu sous ces deux colonnes indiquer les aliments permis éventuellement et pas ouvrir la porte aux fantaisies. La notation des détails au médecin paraissent pas d'accord sur la question (Mossé, etc) dans le diabète; un peu pas d'intérêt.

M. BONNARD dit avoir obtenu de bons résultats dans le régime des diabétiques.

M. MORAX, rappelle que la venosité est importante pour nous. Il aimerait savoir si ce pro-

M. STRYZOWSKI dit que, si la France, par exemple, cela tient à ce qu'on croit pas que la saccharine prise avec ce qui concerne le régime lacté a observé une diminution du sucre dans ce régime.

M. GAMGEE est plutôt d'avis qu'il y a une diminution du sucre. Il ne pense pas que ce soit dangereux; il faut cependant surveiller l'aliment. M. Gamgee vante les boissons lactées, à condition que le médicament passe par la veine porte.

M. TAILLENS croit le lait utile. Les pommes de terre bouillies ne lui rappellent, que le degré de glycosurie dans le diabétique. Il insiste pour qu'on

deux frères âgés de 4 et 6 ans, qui prés l'autre quelques jours après, un érythè la poussée scarlatineuse. Il n'y a donc brer la rubéole et de créer de nouvelle

M. LASSUEUR critique aussi l'appella si intéressants observés par M. de laquette d'érythème infectieux contagieu la cause première nous échappe. Ces r que ceux de cinquième maladie.

M. E. DEMIÉVILLE a eu l'occasion d' qui présentaient tous les symptômes d de deux enfants dont le frère avait eu q typique. L'étiologie de la contagion par de la cinquième maladie une variété d

Le

SOCIÉTÉ MÉDICALE

Séance du 8 not

Présidence de M. GA

27 membres présents.

Le *Président* lit une lettre de M. le son approbation en faveur de la camp l'absinthe. Après une discussion à laq BARD, MAILLART et THOMAS, l'on vote vant proposé par M. Bard : « La Soci des dangers de l'alcoolisme en génér affirme ses sympathies pour tous les et battre ». Une lettre sera envoyée au Gi vote de cet ordre du jour.

M. MAYOR fait part de ses travaux : *chloral, du dormiol, de l'hédonal et de*

M. GÖRTZ demande si M. Mayor a fa qui lui a donné souvent des résultats e

M. MAYOR dit qu'il est difficile de fai cette substance est insoluble, on ne pe reproche au trional de donner des vertu lative et enfin de ne pas imposer le soi il échoue alors souvent.

M. DE SEIGNEUX montre des *graphiq des pertes de sang génitales* (règles et b phiques où les femmes elles-mêmes in res, permettent au médecin de se r

tion de la température. Comme péricarionite tuberculeuse à cause enfin à une forme larvée de ça on peut aussi constater de la ça on peut essayer un traitement impossible.

M. Du Bois présente une malade, paraissant consécutive à une piqure d'épingle dans le ponce.

L'accident est arrivé en juillet dans le ponce, en lavant du linge de l'épingle, mais son ponce maintenant au niveau de la piqure le lendemain de l'accident qu'il ne reste dans le doigt la douleur étant intolérable le médecin la société d'assurance lui paie un jour en jour et s'irradient jusqu'à la patiente qui les refuse le médecin, qui lui fait une application d'une dermite vésiculaire, localisant le symptôme douleur. Pendant quatre ou six jours, apparaissent sur les bras de grosses bulles à continuer régulièrement et c'est toujours qu'apparaissent de nouvelles bulles.

Ces poussées successives continuent. Les médecins voient la malade avec des éruptions à des troubles trophiques. Un jour M. Du Bois d'examiner une dermatose greffée sur une patiente envoyée dans le service dermatologique observée d'une façon plus suivie elle prétend ne pas dormir, avoir des douleurs dans les bras et jusque dans l'épaule. Elle ne peut pas se nourrir. La peau du bras est couverte de bulles aux anciennes bulles.

Cette malade est évidemment atteinte de diabète. On a pu manipuler son diabète avec du sucre en souffre, de même elle a pu supporter un sirop simple; au moment où l'appétit on a trouvé dans sa salive du sucre. Toutes ces frictions curieuses de ces bulles dont la guérison est à deux jours d'avance. Ces bulles

d'en suivre le développement rectilignes et la dernière l'ers, rectangulaire à limites l le de vésicatoire et M. le P ade, de petites trainées d'un évées par le liquide; l'exam était sans aucun doute de arrivée? On ne le saura p l'origine de ces poussées bu tré cette malade conclut au rs ont pris naissance dans , brachial, le long des nerf malade, exagération des e s'est développé que plu ration Pareil cas a été ob ffection des plus doulouren it à la morphinomanie et à

Le Secrétaire : Dr F.

1905 à l'Hôpital Cantonal

AUTIER, président.

rgeron de son état, qui a co iveau d'une plaie, faite au demnité de ce chef, le ca es au point de vue du rap

ruditif alcoolique :

ur à Bel-Air du 11 au 29 n nées, surtout absinthique. S ons de l'ouïe, d'idées de p vient violent. A l'asile, grâc epris par son frère. En lib mois le délire reparait. Exac rsécution, etc. Il est touje le trouvant plus de repos, un autre frère il entend dir protection au maire de sa se une nuit très mauvais a femme est d'accord avec eveloper cette femme que p

Ce cas est intéressant, car le diagnostic alcoolique et une poussée délirante les résultats de la ponction lombaire. En outre, on doit faire remarquer l'absence générale, à savoir une lymphocytose remplacée au cours d'une période de leucocytes, surtout de polynucléaires, ce que l'on observe dans la méningite.

MM. Long et E. Mayor rapportent depuis quelque temps de l'hôpital ayant contracté la syphilis en 1892 octobre dernier il eut un ictus survenant quelques jours d'un délire agité, sobre il ne pouvait s'agir d'un délire redevenu calme, il présentait les symptômes de la syphilis. La ponction lombaire montra, pendant quelques jours d'un délire agité, sobre il ne pouvait s'agir d'un délire redevenu calme, il présentait les symptômes de la syphilis. La ponction lombaire montra, pendant quelques jours d'un délire agité, sobre il ne pouvait s'agir d'un délire redevenu calme, il présentait les symptômes de la syphilis.

M. MEKEVAND présente le crâne d'un homme qui avait été tué par son mari, dont vient d'être faite l'autopsie. On a constaté des lésions constatées et démontrées.

Il montre également le cerveau d'un homme qui avait été tué par son mari, dont vient d'être faite l'autopsie. On a constaté des lésions constatées et démontrées.

Le vi

BIBLIOGRAPHIE

H. NÄGELI-ÅKERBLÖM. — Quelques données historiques employées par les auteurs. — in-8° de 84 p., Genève, 1905, 1 fr.

L'auteur, déjà très connu en Allemagne par ses travaux sur l'hérédité, signale dans ses recherches généalogiques construites par Jacobson, l'absence de l'hérédité et la dégénérescence. Il ne s'agit pas de la question des théories.

La brochure commence en citant un modeste et profond savant russe, habitant de la Suisse, dit-il, tout au long de la masse du peuple y est dans

et a
ns le
il y
r les
ain
e la
repr
ue l
. ex

les i
raise
Ribc
par
ans
ndiq
ourc
is et
l, e
lors
ice c
n'a
ons
est
men
rière
e de

épo
c l'h

— L'auteur a donné, afin de rectifier tant de fausses indications avec lequel il s'expose aux attaques. Tous le seront reconnaissants à M. Nægeli pour ce prudence. Il ne s'agit plus aujourd'hui de copier même ceux qui ont su se faire une réputation en faussant les indications. C'eût été le devoir d'étayer leurs théories concernant la dégénérescence des tables généalogiques fausses et de flagrantes

—
Léon GAURIER. — La médecine à Genève jusqu'à nos jours
un vol. in-8° de 696 p. avec 11 portraits h
la Soc. d'hist. et d'archéol. de Genève, v
Genève 1906, J. Jullien et Georg et Cie.

Ce bel ouvrage, qui a coûté vingt ans de labeur, a été attendu avec impatience,

résumés de leurs réponses venues de quelques états d'Amérique pour partie de ce rapport. L'auteur l'action thérapeutique de la curement aux enfants scrofulo-tub et curateur par excellence de la le plus puissant de la phthisie chez qui sont la porte d'entrée de la culose, et en traitant l'adénopathie notablement l'apparition de la pi cure marine dans les cas de ti trop absolue, mais cette cure : formes torpides, « scrofuleuses » bien abritées. Quant aux malade statistiques citées par M. D'Es qu'ils retirent du séjour au b péritonite tuberculeuse s'en sont terminant sur ce que c'est l'air thalassothérapie; il faut donc même, ou, si cela n'est pas possa malades au bord de la mer, où i dans des galeries couvertes; qua très important du traitement, no osseuse, mais même dans les for tièrement dans l'adénopathie b paraît aussi avoir donné de bons et des fistules tuberculeuses.

O. LANNELONGUE. — Leçons de 595 p. avec 40 fig. et 2 planch

Cet ouvrage, composé d'une analysé dans ses détails; il suffir plet des matières traitées; elles : renferme pas moins de cinquante

Quelques uns assez brefs ont l. dans les salles du professeur par provenant de sa pratique de la maladie de Gambetta est rapport l'auteur en prend occasion pour soit au point de vue historique, sous ce dernier rapport il se pro tion à froid; en cas de formation ci toutes les fois qu'ils sont acco indiquée pour lui que dans les pé septicémie.

Narich, 761.	Reverdin,
Nutriziano, 822.	147, 37
	Revilliod
Oltramare, 876.	Reynier (
	Roch, 89.
Pallard, 188.	Rollier, 6
Papadaki, 205.	Rossier, 1
Patry, A., 887.	617, 64
Patry, E., 50, 65, 145,	Roulet, 1
148, 150 (<i>bis</i>), 785.	Roux, 53
Patton (de), 566, 623,	140, 1
Perrin, 347.	366, 86
Potocki, 310.	Rusiecka
Poulain, 68.	
Possi, 421.	Sabourat
Prevost, 740.	Seigneux
	874.
Quervain (de), 782.	Seigneux
	Serrigny,
Reverdin, A., 4, 783,	Stolper, 1
784.	Stryzowa



U. HOLLER



1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".



neux.



Enfan



0.1

U HOLZER